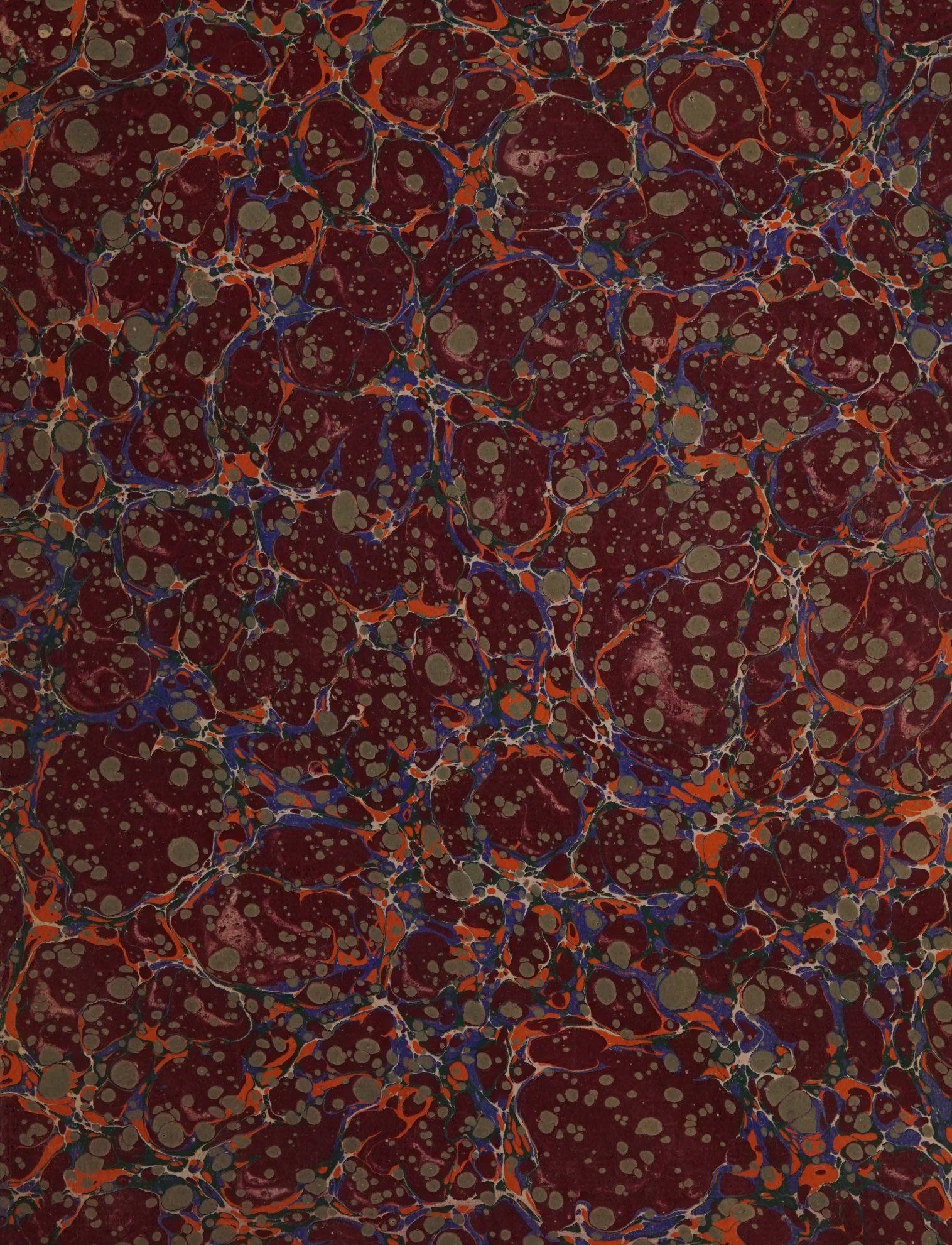


Faculté de Médecine de Paris.

CONCOURS

POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE

DES TUMEURS DE LA LANGUE.

THÈSE

SOUTENUE PAR

M. J.-G. MAISONNEUVE,

CHIRURGIEN EN CHEF DE BICÊTRE.

BRAIRIE
ques Lechevallier
3, Rue Racine
PARIS

Faculté de Médecine de Paris.

CONCOURS

POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE

DES TUMEURS DE LA LANGUE.

THÈSE

SOUTENUE PAR

M. J.-G. MAISONNEUVE,

CHIRURGIEN EN CHEF DE BICÊTRE.

PARIS,

IMPRIMÉ CHEZ PAUL RENOUARD,

RUE GARANCIÈRE, N. 5.

1848.

JUGES DU CONCOURS.

Professeurs.	MM.	MARJOLIN, *président.*
		BLANDIN.
		BOUILLAUD.
		CHOMEL.
		CLOQUET.
		DENONVILLIERS.
		MOREAU.
		VELPEAU.
Membres de l'Académie.		BEGIN.
		GIMELLE.
		JOBERT.
		REVEILLÉ PARISE.
		VILLENEUVE.

COMPÉTITEURS :

MM.	ALQUIÉ.	MM.	MALGAIGNE.
	BOYER.		MICHON.
	CHASSAIGNAC.		ROBERT.
	LAUGIER.		SANSON.
	MAISONNEUVE.		VIDAL.

304851

DES

TUMEURS DE LA LANGUE.

On donne en chirurgie le nom de tumeur à tout relief anormal survenu dans un organe. Or, ce relief qui peut être appréciable à la vue ou seulement au toucher peut consister, 1° dans une exagération de volume de l'organe; 2° dans une saillie anormale circonscrite ou diffuse de sa surface; 3° dans quelque production ou induration morbide cachée dans sa profondeur.

Le nombre des tumeurs dont la langue peut être le siége est considérable. Voici l'ordre dans lequel nous croyons devoir les ranger pour la commodité de leur description. C'est à peu de chose près l'ordre adopté par les auteurs modernes pour la classification des tumeurs en général.

CLASSIFICATION DES TUMEURS DE LA LANGUE.

1. Tuméfaction aiguë. { Glossite phlegmoneuse. / Glossite mercurielle.
2. Abcès.
3. Tuméfaction chronique.
4. Tumeurs formées par la section incomplète de la langue.
5. Engorgement chronique circonscrit.
6. Anthrax.
7. Tumeurs syphilitiques.
8. Anévrysmes.
9. Varices.
10. Tumeurs érectiles.
11. Tumeurs hématiques.
12. Tumeurs fibreuses.
13. Tumeurs graisseuses.
14. Kystes.
15. Hydatides.
16. Hypertrophie des papilles.
17. Tumeurs éléphantiasiques.
18. Névrômes.
19. Tubercules.
20. Tumeurs cancéreuses.
21. Corps étrangers.
22. Anomalies.

Glossite aiguë ou gonflement inflammatoire de la langue.

Le gonflement inflammatoire de la langue (1) a été désigné encore sous le nom de glossite profonde, phlegmoneuse ou œdémato-

(1) Boyer, *Traité de chirurgie*, 6.

phlegmoneuse (1), glossite parenchymateuse aiguë, paraglossa, glossomegista, inflatio, tumor, abcessus linguæ; enfin congestion sanguine, ou apoplectique (2).

Il en est fait mention dans les plus anciens auteurs, Hippocrate. Galien, Aretée, Aetius, Avicenne, Paré. Et dans le siècle dernier, Louis (3), Delamalle (4), Lassus (5), l'ont décrite ou en ont donné des obervations; plus récemment encore, Double en a fait le sujet d'un rapport remarquable (6).

Causes. — Le gonflement inflammatoire de la langue a lieu quelquefois pendant le cours de la petite-vérole et vers le déclin des fièvres typhoïdes (7); il survient assez fréquemment pendant l'usage des préparations mercurielles; d'autres fois il se développe sous l'influence d'un refroidissement subit (8); Dupuytren l'a vu survenir après une cautérisation par le sulfate de cuivre (9); plusieurs faits incontestables prouvent que la bave du crapaud (10), la piqûre de quelques insectes (11), le venin de la vipère (12), peuvent lui donner naissance. Enfin il peut survenir, ainsi que j'en ai observé un exemple, à la suite d'une plaie d'arme à feu, qui a labouré l'organe, ou bien encore à la suite de morsures répétées dans les accès d'épi-

(1) Bouillaud, *Nosogr. médic.*, t. II, p. 642.
(2) Bégin, *Dict. de méd. et de chir.*, t. IX, article Glossite.
(3) *Mém. acad. de chir.*, t. VII.
(4) *Mém. acad. de chir.*, t. VII.
(5) *Mém. de l'inst. national. Sciences physiques*, t. I.
(6) *Journ. de Sédillot*, t. XXVIII.
(7) Delamalle, *Mém. acad. chir.*, t. VII.
(8) *Arch.* 1840.
(9) *Arch.* 18. 94.
(10) Delamalle, *Loco citat.*
(11) *Journal de Sédillot*, 28.
(12) *Journal de Laugier*, t. I.

lepsie. Claudinus l'a vu survenir après la rupture violente du frein de la langue.

Le gonflement occupe ordinairement tout le corps de l'organe; on voit néanmoins, par une observation rapportée dans le mémoire de Delamalle et par celle de Robert Graves (1), qu'il peut se borner à l'une des moitiés latérales de la langue, et celle-ci néanmoins devenir assez volumineuse pour nécessiter des secours prompts et énergiques. Enfin on l'a vu n'occuper que la base de cet organe.

Symptômes et marche. — On reconnaît, dit le professeur Bouillaud (2), la glossite phlegmoneuse ou profonde aiguë aux symptômes suivans : rougeur, chaleur, douleur sourde et tuméfaction. La langue tuméfiée presse contre les parties voisines, et quand elles résistent, comme les arcades dentaires, elle en porte l'empreinte plus ou moins profonde. Son gonflement est quelquefois si considérable, que sa pointe s'échappe violette ou noirâtre à travers la bouche, et que la base envahit la cavité de l'arrière-gorge.

Une mucosité gluante plus ou moins abondante la recouvre, le secretum se mêle quelquefois à une certaine quantité de sang exhalé, et si ce mélange vient à se concréter, il en résulte des croûtes brunâtres et fuligineuses. Mais lorsque les glandes salivaires participent à l'irritation, comme dans une violente glossite mercurielle, par exemple, au lieu d'être sèche la langue est inondée d'une pluie de salive épaisse, visqueuse, filante, qui ruisselle à travers les lèvres, sous forme d'une bave infecte. Cet énorme gonflement de la langue paraît tenir en même temps à la congestion sanguine et à l'infiltration œdémateuse, qui tend par fois à la suppuration. Dans cet état de turgescence, les mouvemens de l'organe et partant la mastication, la

(1) *Arch.* 17. 42.

(2) *Nosographie médic.* t. II, 640.

déglutition, la parole, sont ou très difficiles, ou même entièrement impossibles. Quelquefois aussi, en raison de la saillie de la langue du côté de l'arrière-gorge, la respiration est fort embarrassée et la suffocation imminente; alors le visage s'injecte, se gonfle et l'état du malade est fort grave. Des ulcérations se développent souvent sur la surface de la langue ainsi violemment enflammée, et cet organe peut être frappé de gangrène par suite de l'excessive intensité de la maladie.

Les symptômes de réaction fébrile sont quelquefois peu prononcés ou même nuls d'autrefois, au contraire, ils ont une intensité extrême.

J'ai cru devoir rapporter textuellement ce passage remarquable de l'auteur de la *Nosographie médicale*, parce qu'il résume de la manière la plus complète et la plus saisissante, les nombreux détails symptomatologiques de l'affection qui nous occupe. L'invasion de cette maladie est quelquefois précédée d'une douleur ou d'une chachaleur vive dans les parties; d'autres fois le gonflement survient tout-à-coup et fait des progrès si rapides qu'en moins d'un jour la langue remplit la cavité de la bouche et quelquefois fait saillie en dehors. On a vu cet organe acquérir en quelques jours ou en quelques heures un volume si prodigieux qu'il sortait de 2 à 3 pouces hors de la bouche, et menaçait en même temps de suffoquer le malade. Ces différences tiennent principalement à la cause qui préside au développement de la maladie.

Terminaisons. — Le gonflement inflammatoire de la langue peut se terminer par *résolution*, par les efforts de la nature seule, ou aidée de nos moyens thérapeutiques. C'est la terminaison la plus fréquente, quand le chirurgien, appelé de bonne heure, a dirigé convenablement les ressources de l'art.

Elle peut aussi se terminer par *suppuration*. Cette terminaison est rare et, quand elle survient, on voit vers le 6^{e} ou 7^{e} jour les accidens diminuer peu-à-peu, pendant que sur un point circonscrit de l'or-

gane, où l'inflammation semble se concentrer, apparaît un relief isolé qui se ramollit et présente tous les symptômes que nous décrirons plus tard à l'occasion des abcès de la langue.

Le gonflement aigu de la langue peut aussi passer à l'*état chronique*, et devenir ainsi le point de départ des accidens dont nous parlerons dans un chapitre ultérieur. C'est principalement dans la glossite mercurielle qu'on a observé cette terminaison. Scultet dit avoir guéri un homme qui était depuis quatre mois affecté d'un gonflement chronique de la langue, lequel s'était développé consécutivement à une glossite mercurielle (1).

Cette affection peut encore se terminer par *gangrène*, cette terminaison est rare, si ce n'est chez les individus très affaiblis ou convalescens d'une fièvre grave. Franck, qui a rassemblé dans ses *Institutiones clinicæ* un très grand nombre de cas de glossites, dit en avoir vu une symptomatique et gangréneuse chez un scorbutique atteint de typhus.

Enfin, avant que la maladie n'ait parcouru ses phases naturelles, il arrive souvent, surtout si le malade n'est pas secouru à temps, et quelquefois même malgré tous les secours de l'art, que le malade succombe. Cette terminaison funeste est ordinairement le résultat de l'asphyxie.

Pronostic. — Le gonflement inflammatoire de la langue présente sous le rapport du pronostic de très grandes différences qui tiennent surtout à son intensité, à la nature des causes qui lui ont donné naissance et à la résistance vitale de l'individu qui en est affecté. C'est ainsi que le gonflement dû à la piqûre d'une vipère peut devenir promptement mortel, tandis que celui qui résulte de la piqûre d'une guêpe ou d'une abeille se termine ordinairement en quelques heures.

(1) Scultet, *Obs.* 17, *Append.*, *Obs.*

Le gonflement idiopathique simple ou franchement inflammatoire, développé chez un individu sain d'ailleurs, offre moins de dangers que celui qui survient dans le cours d'une fièvre typhoïde, alors que les forces vitales sont profondément altérées, et que toutes les inflammations tendent à la forme gangréneuse. Il est encore des différences importantes qui tiennent au siége de la maladie, à son étendue, et aux complications diverses qui peuvent exister dans les parties voisines.

Traitement. — Le traitement de cette maladie, dit Boyer, n'est pas le même quand le gonflement étant léger ne s'oppose pas à la déglutition, et lorsqu'il est assez considérable pour rendre cette fonction impossible. Dans le premier cas, on peut à l'aide de *boissons adoucissantes*, de *purgatifs*, de *lavemens laxatifs*, de *bains de pieds*, suspendre les progrès du mal et en obtenir la résolution. On joint à ces moyens, lorsque le gonflement a un caractère inflammatoire, les *saignées locales* (*sangsues* sur la langue, ouverture des veines ranines) et les saignées générales. Si malgré l'emploi méthodique de ces moyens le mal augmentait, et si la déglutition devenait de plus en plus difficile, il faudrait *inciser profondément* la langue suivant sa longueur. L'expérience a démontré d'une manière non équivoque l'efficacité de cette opération. Cette méthode de traitement par les incisions a été préconisée surtout par Delamalle, qui s'en croyait l'inventeur; mais elle avait été mise en usage avant lui par Joba Meckren (1), et par Zacutus Lusitanus (2). Dans les cas où un seul côté de la langue est tuméfié, une incision peut suffire; quelquefois cependant il faut en faire deux. Il est rarement nécessaire, même lorsque la langue est gonflée dans sa totalité, d'en pratiquer trois.

(1) *Obs. méd. chir.*, chap. XXII.
(2) *Lib.* 1^er^ *obs.* 48.

Voici de quelle manière on procède à cette opération, dit Boyer, « on commence par placer entre les deux mâchoires un coin de bois pour les tenir écartées pendant qu'on opère, on porte ensuite le plus près possible de la base de la langue, la pointe d'un bistouri long, à lame fine, et l'on incise profondément la langue en ramenant le bistouri d'arrière en avant jusqu'à la pointe de cet organe. Si la langue n'est gonflée que partiellement, on fait une seule incision sur le lieu de l'engorgement ; mais quand la langue est tuméfiée en totalité, il faut que les incisions soient à distance égale entre le milieu de la langue et chacun de ses bords. Il est indispensable qu'elle soit maintenue pendant cette opération, on la fixe avec les doigts de la main gauche ou avec une érigne. »

La langue dégorgée par les incisions profondes que l'on a pratiquées revient promptement à son volume naturel ; la plaie n'offre plus qu'une ligne superficielle et se cicatrise en peu de jours. On n'a besoin d'aucun pansement, tout topique serait inutile et incommode. On recommande seulement au malade de bassiner fréquemment la plaie avec de l'eau d'orge et du miel rosat, pour enlever le sang et le pus qui en découlent, ensuite de laver la bouche avec le même liquide lorsque l'état de la langue ne s'y oppose plus. Si ces lotions simples ne suffisent pas pour débarrasser la bouche des matières sanieuses qui l'obstruent, on en viendra facilement à bout au moyen d'injections à grande eau faites avec une forte seringue à lavement, ainsi que le pratique M. Récamier.

Il peut arriver qu'au moment où le chirurgien est appelé, le gonflement soit parvenu au point de menacer le malade de suffocation ; il faut alors, ainsi que l'a pratiqué Weger (1), ouvrir la trachée pour donner une libre voie à la respiration ; mais cela ne doit pas dispenser d'agir sur la langue pour en opérer le dégorgement.

(1) Laugier, *Journal chirurg.*, t. I, 103.

Glossite mercurielle.

Bien que nous ayons déjà dit un mot de la glossite mercurielle à l'occasion de la glossite aiguë, considérée d'une manière générale, nous croyons devoir lui consacrer un article spécial. Si l'inflammation phlegmoneuse, en effet, présente, quand elle siége à la langue, des caractères à-peu-près semblables à ceux que l'on remarque dans toute autre partie de l'organisme; l'inflammation due à l'intoxication mercurielle, au contraire, peut être considérée comme spéciale à la bouche, et donne lieu dans cette région au développement de phénomènes tout particuliers. Elle a une physionomie propre qui n'a rien d'analogue avec celle que présentent les inflammations developpées sous une autre influence.

La glossite mercurielle n'est jamais une affection isolée; elle se lie constamment avec l'inflammation des gencives, de la membrane buccale, et des glandes salivaires, elle fait par conséquent partie de la maladie connue sous le nom de salivation ou mieux stomatite mercurielle.

Toutes les préparations mercurielles peuvent lui donner naissance aussi bien celles appliquées à l'extérieur que celles introduites par les voies digestives ou les voies respiratoires.

Les doreurs exposés aux vapeurs de mercure, les équipages des vaisseaux qui transportent ce métal, en sont fréquemment affectés. On l'a vue survenir chez des ramoneurs qui avaient séjourné quelque temps dans la cheminée d'un atelier de dorure; mais c'est le plus souvent par l'effet des préparations médicamenteuses administrées contre la syphilis qu'on la voit naître. Toutes n'y exposent pas au même degré, et, chose singulière, ce sont précisément les préparations insolubles qui la produisent le plus promptement.

Certains individus sont tellement sensibles à l'action du mercure que la moindre quantité de métal suffit pour produire la salivation ;

d'autres, au contraire, ainsi que j'en ai observé quelques-uns, y semblent presque entièrement réfractaires.

La maladie débute ordinairement par un sentiment général de chaleur dans la bouche. Bientôt, se manifeste de la douleur, du gonflement du côté des gencives qui deviennent pâles et blafardes, excepté vers le collet de la dent, où elles sont ordinairement rougeâtres; en même temps, la langue se couvre d'un enduit grisâtre, l'haleine prend une odeur fétide insupportable et qui est un des caractères distinctifs de la maladie. Le malade accuse la sensation d'une saveur métallique comme cuivreuse.

Alors le rapprochement des mâchoires donne lieu à une sensation incommode; il semble aux malades que leurs dents sont devenues plus longues, ce qui résulte de la sensibilité insolite due au gonflement de la membrane interne des cavités alvéolaires.

Si la cause toxique continue son action, la tuméfaction des gencives augmente, gagne l'intérieur des joues, les glandes salivaires, la langue, dont le volume souvent devient si considérable, qu'elle ne peut plus être contenue dans la bouche et dépasse les bords alvéolaires. Il survient une excrétion abondante et continuelle de salive claire et d'une odeur fétide; les gencives saignent à la moindre pression, les dents vacillent, elles se couvrent ainsi que la langue d'un enduit muqueux jaunâtre, très épais et d'une puanteur extrême. Des ulcérations fongueuses et blafardes se forment sur divers points et mêlent leur sanie infecte à la sécrétion salivaire; elles sont dues autant à la pression mécanique des dents qu'à l'inflammation elle-même. A cette période de la maladie, le pouls s'accélère, les forces s'affaiblissent, l'appétit diminue, le malade est privé de sommeil, il éprouve une tension douloureuse dans toute la tête.

Le diagnostic de cette affection est ordinairement facile.

Le *pronostic* ne laisse pas que de présenter une certaine gravité quand la maladie est arrivée à un degré considérable. Sans parler de la perte fréquente des dents, de la nécrose même des os maxillaires

qui dépendent de la stomatite, la glossite proprement dite, peut donner lieu à divers inconvéniens dont les principaux sont de gêner la parole, et d'entraver la mastication. Abandonnée à elle-même à condition toutefois que le malade soit soustrait à l'influence toxique, elle se termine ordinairement par résolution au bout de deux ou trois semaines ; mais quelquefois aussi, on l'a vu passer à l'état chronique et sous cette forme, se prolonger pendant un temps considérable.

Traitement.— La première indication à remplir dans le traitement de la glossite mercurielle est de soustraire le malade à l'influence de la cause toxique. Puis, lorsque l'inflammation locale est vive, on soumettra les parties malades à des lotions, des gargarismes, à des espèces de bains émolliens. Des sangsues appliquées sous la mâchoire pourront être utiles pour calmer une irritation trop violente. En même temps, on insistera sur les dérivatifs : bains de pieds, sinapismes, vésicatoire à la nuque, ventouses sèches entre les épaules, purgatifs salins ou aloétiques.

Dans une seconde période, alors que l'inflammation a fait place à une sorte d'état atonique, tout en continuant l'usage des dérivatifs, on remplacera les topiques émolliens par des astringens, tels que les collutoires ou les gargarismes préparés avec le suc de citron, le vinaigre, les acides sulfuriques, chlorhydriques, l'alun, l'eau à la glace, la glace elle-même. On cautérisera légèrement les ulcérations avec l'acide chlorhydrique, ou avec un pinceau chargé d'alun en poudre, ainsi que l'a recommandé M. Velpeau. A ces moyens on associera l'emploi du soufre à l'intérieur, sous forme de pastilles. Si la tuméfaction devenait menaçante par son volume, ou se comporterait comme dans les cas d'inflammation phlegmoneux.

N° 1. — *Glossite catarrhale aiguë.— Mort par suffocation,* par M. Poilroux, médecin à Aix. — (*Journal de Sédillot,* t. XXIX, p. 388).

Le 20 août 1801, à huit heures du soir, je fus appelé pour visiter un homme robuste, âgé d'environ quarante-cinq ans. Il venait de perdre subitement la parole ; il

avait la respiration gênée ; la langue fort enflée remplissait la bouche ; au-dessous de la langue, il existait une tumeur en forme de coin qui la soulevait ; tout le cou était très enflé, surtout du côté droit, où la tumeur assez dure se prolongeait sur la joue du même côté ; le visage était d'un rouge brun, le pouls à peine fréquent ; il y avait une sueur considérable ; et le malade, dont l'ouïe ne paraissait pas lésée, indiquait avec le doigt que la plus vive douleur se faisait sentir vers le larynx.

Cet homme, quinze jours auparavant, avait été surpris par un orage, et entraîné par les eaux d'une rivière débordée, dans laquelle il avait failli se noyer. Sa santé en fut altérée, mais il ne se crut pas obligé à faire des remèdes. Neuf jours après, pendant un autre voyage, il fut pris d'enflure à la gorge, avec perte de la parole. En deux jours il recouvra cette faculté, et se retira chez lui. Il appela son chirurgien ordinaire, auquel il se plaignit de l'opiniâtreté de l'enflure au cou, plus remarquable vers la parotide droite.

Il y avait constipation, dégoût, et la parole n'était pas entièrement libre. Le 19 août on pratiqua une saignée qui ne produisit aucun effet sensible. Le lendemain au soir, ce malade se sentit tout-à-coup très mal, et il annonça qu'il passerait une mauvaise nuit.

Son chirurgien étant à la campagne, je fus appelé, et je le trouvai dans l'état décrit ci-dessus. La modération du pouls, la couleur peu vive des parties internes de la bouche, quoique engorgées, me firent juger que l'humeur fluxionnaire était toute catarrhale. J'ordonnai un vésicatoire autour du cou, et quelques cuillerées de bouillon, du moins autant que possible. A neuf heures, la respiration avait acquis un peu de liberté, à onze, la tuméfaction de la langue avait augmentée, la déglutition était à-peu-près nulle.

A une heure après minuit, la tuméfaction paraissait augmentée ; les sueurs s'étaient renouvelées, le pouls avait de la plénitude et peu de fréquence. Cependant, vu l'imminence du danger, il fut fait de suite une abondante saignée du bras droit.

Quelques minutes après, il parut des crachats, qui annonçaient une détente, et j'allai me coucher, séduit par une espérance trompeuse ; à trois heures la suffocation augmenta de nouveau, et la mort eut lieu à quatre heures.

N° 2. — *Glossite catarrhale aigue. — Incisions profondes. — Guérison. — (Archives*, 347, 1840, juin) (Enricht.)

J.-C., laboureur, homme musclé, très robuste, âgée de vingt-deux ans, a été admis à l'infirmerie, le 30 décembre 1839. Sa sœur, qui l'a conduit, annonce qui ne peut parler depuis six jours environ, qu'il était occupé à battre du blé dans une grange, et avait quitté sa veste et son gilet ; qu'il était allé faire d'autres ouvrages autour de la ferme, s'exposant par conséquent aux alternatives brusques du chaud et du froid. Le

lendemain au déjeuner, la mastication était difficile ; au dîner, il n'avait pu manger, et il sentait que sa langue était gonflée. Ces symptômes avaient augmenté le lendemain matin. Un médecin consulté avait prescrit un bol purgatif, un gargarisme et un vésicatoire qui occupait toute la partie antérieure du cou, s'étendant d'une oreille à l'autre. Cette médication, dit M. Enricht, à cette époque de la maladie était bien propre à en rendre tous les symptômes beaucoup plus graves. Le lendemain et les jours suivans, le malade ne put rien avaler ni de solide, ni de liquide. Il fut alors transporté à l'hôpital.

Il présente les phénomènes suivans : le pouls un peu dur donne cent pulsations, la langue est énormément gonflée ; sa surface est recouverte d'une plaque blanche, glutineuse, sa pointe et ses bords sont rouges, secs et luisans ; le malade ne peut la faire avancer en-deçà des dents incisives ; il ne peut fermer la bouche que la langue remplit complétement ; le voile du palais ne peut être aperçu, les glandes sublinguale et sous-maxillaire sont gonflées et dures. Le malade ne peut opérer la déglutition ; sa parole est inintelligible, sa respiration est très embarrassée et accompagnée de toux et autres symptômes de bronchite ; la peau est assez fraîche, et la physionomie exprime l'anxiété extrême et l'alarme.

« J'ai, dit le chirurgien, fait deux incisions, une de chaque côté, sur la face dorsale de la langue, entre son centre et ses bords. Pour introduire le bistouri dans la bouche, j'ai dû en porter la lame à plat ; j'ai commencé les incisions le plus que j'ai pu en arrière, les dirigeant de la base vers la pointe. L'écoulement de sang fut abondant, mais pas autant que je l'aurais désiré. J'ai fait ensuite placer le malade sur son séant, et je l'ai saigné jusqu'à-peu-près la syncope. La dose que le malade a supporté a été de 660 grammes (21 onces) ; le pouls est devenu, pendant quelques instans, presque imperceptible ; j'ai aussitôt prescrit un lavement purgatif, ensuite la potion purgative noire de l'hôpital, lorsque le malade a pu commencer à avaler. »

Le lendemain, 31 décembre, le malade est évidemment mieux sous tous les rapports : le pouls est à soixante-douze pulsations, compressible ; la langue est beaucoup diminuée de volume, humide ; la déglutition des liquides est facile ; la respiration aisée ; la bouche peut se fermer complétement ; la parole est intelligible. On prescrit du sérum, du lait donné à discrétion pour boisson, une potion purgative, une infusion de séné avec sulfate de magnésie. Le 1er janvier, le mieux continue ; la langue a presque repris l'état naturel ; le sommeil est bon ; la peau est moite ; le pouls donne soixante-seize pulsations ; le ventre est libre (régime modéré, gargarisme à l'alun, mixture contre la toux). Les jours suivans l'amélioration a toujours été en augmentant. Le 4 janvier, le malade est guéri ; il sort de l'hôpital le 5.

N° 3. — *Glossite affectant seulement une moitié de la langue.* — (*Archives, juillet* 1828) (Robert J. Graves). — 427.

Un étudiant en médecine éprouvait depuis huit jours de graves symptômes fébriles, qui avaient été précédés de frissons très forts et d'une violente douleur dans la région occipitale et la partie postérieure du cou, accidens qu'avait un peu calmés une abondante hémorrhagie nasale survenue le second jour. La moitié gauche de la langue devint alors très sensible et douloureuse, et augmenta peu-à-peu de volume. Lors de la première visite de M. Graves, elle était énormément tuméfiée, et remplissait presque complétement la cavité de la bouche qui pouvait à peine être fermée, à cause de la saillie que formait cet organe en avant. Sa moitié droite était tout-à-fait dans l'état naturel, et son peu de volume contrastait fort avec le gonflement qui existait du côté gauche, par la ligne de démarcation qui était parfaitement tracée entre les deux moitiés. La partie enflammée paraissait sur le point de se gangréner, mais on y posa six sangsues, et cette application ayant été répétée deux ou trois fois, il en résulta un écoulement de sang considérable qui amena une très prompte diminution de la tuméfaction, et les autres symptômes inflammatoires. Jusque-là, l'articulation des mots et la déglutition n'avaient pu s'exécuter qu'avec une peine extrême; mais aussitôt que la langue eut perdu de son volume, ils devinrent faciles. Deux ans après sa guérison, le malade parlait sans difficulté, et, cependant, la moitié gauche de la langue était encore sensiblement plus grosse que la droite.

N° 4. — *Glossite par une morsure de vipère. — Trachéotomie. — Guérison. de* — Weger. — (*Bulletin chirurgical de* M. Laugier, t. I, p. 103).

Dieudonné H.... est mordu à la langue par une vipère, dont il avait introduit la tête dans sa bouche. La plaie fut lavée aussitôt; néanmoins la langue se tuméfia considérablement : la tuméfaction s'étendait aux régions parotidiennes et sous-maxillaires. Scarifications profondes de la langue, soulagement peu durable. La dyspnée survint bientôt et la suffocation était imminente, la face était livide, syncope. La trachéotomie fut pratiquée, un tuyau de plume placé dans la trachée. Après les premiers mouvemens de respiration, une saignée du bras fut faite, et parut produire un très bon effet, alors on administra à l'intérieur trente gouttes d'alcali volatil dans de l'eau de sureau. Au dix-neuvième jour la guérison était obtenue.

N° 5. — *Glossite au déclin d'une fièvre putride*, par J. Carron (J. Sédillot, 28). 254.

Un soldat du régiment de Piémont, convalescent d'une fièvre putride, sortit de l'hôpital de la Brigne (Var) pour se promener; invité par la chaleur du soleil, il se coucha sur la terre et s'endormit.

Au moment où il se réveilla il sentit une douleur vive à la langue et de l'embarras dans ses mouvemens. De retour à l'hôpital, il ressentit un accès de froid très intense, qui fut bientôt suivi d'une grande chaleur à la peau; d'un violent mal de tête, de vertiges; il fut très altéré toute la nuit, et la langue, où il ressentait des élancemens, augmenta considérablement de volume; elle était très rouge et sèche, et commençait déjà à déborder les dents; le malade ne pouvait plus articuler de paroles intelligibles, il éprouvait de la difficulté à respirer et à avaler des boissons. Je le vis le matin, je lui trouvai le visage très enflammé avec beaucoup de chaleur à la peau, le pouls dur et très plein; je lui ordonnai une saignée très forte du bras, des fomentations émollientes, des pédiluves, des lavemens purgatifs; on mit un cataplasme émollient sous le menton, et pour boisson, décoction d'orge miellée et nitrée. Je fis faire l'ouverture des veines ranines. On eut beaucoup de difficulté à la pratiquer, et elles ne donnèrent que peu de sang. Le malade, qui le matin avalait encore avec peine quelques gouttes de liquide, ne pouvait plus rien avaler vers le soir; la langue plus tuméfiée et plus rouge occupait tout l'espace compris entre les deux mâchoires et débordaient de plusieurs lignes les dents qui avaient déjà produit par leur frottement une excoriation sur la surface. Le malade ne respirait que par le nez et avec peine; il paraissait menacé d'une suffocation si prochaine, que je proposai la bronchotomie comme le seul moyen de l'arracher à une mort certaine. On mit sur-le-champ dix-huit sangsues sous le menton et autour du cou; on laissa couler le sang après leur chute, on aperçut aussitôt une diminution sensible dans l'inflammation de la langue, sa couleur fut d'un rouge moins intense, son volume diminua et permit le passage de l'air par la bouche. A minuit la langue ne dépassait déjà plus les dents; le malade put avaler quelques gouttes de sa boisson; le lendemain la langue n'occupait pas même le volume double de son état naturel; le lendemain soir, troisième jour, elle avait repris ses dimensions ordinaires et on n'observait plus que les légères excoriations produites par les dents.

N° 6. — *Glossite par piqûre d'un insecte* — (*Journal de Sédillot*, t. XXVIII, page 256).

Un jeune enfant de quatre ans s'endormit sur la terre, le 28 septembre 1799, à Saint-Gorioz. A son réveil il se plaignit à son père qu'il avait été piqué à la langue par un insecte, qu'il y éprouvait une vive douleur, et qu'il avait une grande chaleur dans

la gorge. Le père lava la langue avec de l'eau fraîche, l'enfant fut très altéré toute la nuit, sa langue devint rouge et épaisse; il ne pouvait rendre aucun son intelligible, son visage était très rouge et il avait beaucoup de fièvre. Le père le fit voir à un homme de l'art qui le saigna; le malade éprouva un léger soulagement qui ne fut qu'instantané. Vers le soir la langue augmenta si rapidement de volume, qu'elle eut bientôt, non-seulement rempli la cavité de la bouche, mais débordé même les dents; le malade était près de suffoquer lorsque son père vint me chercher pendant la nuit. Il me fut impossible d'ouvrir les veines ranines : je trouvai le visage rouge et comme injecté, et les yeux très larmoyans. Je me décidai à ouvrir la jugulaire, mais je ne pus jamais contenir cet enfant qui agitait la tête en tous sens. Je lui appliquai huit sangsues sous le menton, je fis des scarifications légères sur la langue ; je la lavai avec du lait tiède et je prescrivis un pédiluve. Comme en laissant couler le sang après la chute des sangsues, j'aperçus une diminution très sensible dans l'inflammation, je ne fermai les ouvertures qu'une heure après l'écoulement du sang, et trois heures après l'application des sangsues, j'eus la satisfaction de voir une amélioration très prononcée. J'ordonnai des frictions sous le menton avec le liniment amoniacal, des lotions sur la langue avec le lait et la continuation des pédiluves. Le père vint le lendemain m'annoncer que son enfant allait mieux, qu'il avalait très bien et qu'il commençait à parler.

N° 7. — *Glossite aiguë. — Incisions profondes. — Sangsues. — Vésicatoires. — Mort* — (*Archives génér. de médecine*, t. XVI, 1828, page 129).

Thomas Foder, âgé de 40 ans, fut amené à l'hôpital du comté de Winchester, dans un état vraiment effrayant. Les lèvres largement écartées laissaient couler une salive visqueuse, excessivement abondante ; la langue trois fois plus grosse que dans l'état naturel, dépassait les dents et présentait dans tous les points de son étendue la couleur ordinaire, excepté vers la pointe où l'on remarquait un peu de pâleur, qui fut attribuée à la pression que les dents exerçaient sur l'organe tuméfié. Le malade semblait très abattu; le pouls très faible donnait 120 pulsations par minute ; la respiration, moins gênée qu'on aurait pu le craindre, s'effectuait par les narines exclusivement, la bouche étant tellement remplie par la langue que l'air ne pouvait pénétrer par cette voie. Enfin cet état mettait le malade dans l'impossibilité de s'expliquer, et lorsqu'on l'interrogea il ne put qu'indiquer la tête et la poitrine, comme le siége des douleurs qu'il ressentait, en portant la main vers ces parties. Sa femme qui l'avait accompagné donna sur le début de sa maladie les renseignemens suivans :

Rentré chez lui la veille à cinq heures du soir, après avoir quitté son ouvrage, il semblait jouir d'une santé très bonne ; à huit heures du soir avant de se coucher il se plaignit d'une sensation douloureuse à la langue et pensa que ce malaise était la con-

séquence d'un léger rhume ; il dormit d'un sommeil fort agité et s'éveilla vers cinq heures du matin. Il parlait alors très difficilement et se plaignait d'un gonflement de la langue ; peu de temps après il s'endormit de nouveau et resta ainsi jusqu'à huit heures, moment où il se réveilla et se trouva complétement privé de la parole, par le volume énorme qu'avait déjà acquis la langue. Un chirurgien fut appelé et lui conseilla de se faire transporter sans retard à l'hôpital, ce qui eut lieu sur les dix heures.

Ce fut alors qu'il fut examiné par le docteur Lesfor, qui prescrivit autant de sangsues qu'il pourrait s'en attacher sur la langue ; cinq grains de calomel et une mixture cathartique furent ordonnés en même temps. Cette médecine introduite peu-à-peu entre les commissures des lèvres et les bords de la langue fut avalée sans beaucoup de difficulté, et à deux heures elle avait agi. Les sangsues appliquées à quatre reprises ne s'élevaient qu'au nombre de douze et cependant l'émission sanguine avait été abondante, en raison du temps pendant lequel elle avait continué. A l'aide d'un tube en gomme élastique, on fit prendre au malade un thé de bœuf mêlé de lait.

A cinq heures M. Lesfor vint s'assurer de l'état du malade, et ne trouvant aucun amendement dans les symptômes qu'il avait offerts depuis son arrivée, il pratiqua trois incisions très grandes et très profondes, deux sur les côtés et une sur le revers de la langue sans qu'elles parussent déterminer aucune douleur.

Il en résulta une hémorrhagie qui donna environ six onces de sang et qui s'arrêta ensuite spontanément. On commença alors des applications de glace renfermée dans une vessie et on les continua jusqu'à neuf heures ; mais aucun de ces moyens ne détermina de soulagement. La langue était toujours dans le même état, les glandes maxillaires se gonflèrent et bientôt le cou fut tuméfié dans toute son étendue. La faiblesse du malade était trop grande pour qu'on pût avoir recours à une saignée nouvelle. Un large vésicatoire fut appliqué sous la mâchoire, et les forces furent soutenues au moyen de thé, de bœuf, du lait et de l'arrow-root.

Le lendemain à dix heures du matin la langue n'avait point diminué de volume ; le malade avait passé une nuit tranquille, mais sans sommeil. Toute la surface du corps était mouillée d'une sueur froide. La respiration n'était pas plus difficile que la veille, mais le pouls était petit et très fréquent, les traits étaient altérés et annonçaient la plus grande anxiété, on reconnut que l'instant de sa mort était proche.

Le vésicatoire avait agi d'une manière énergique ; le gonflement du cou n'était ni plus fort ni moins considérable, seulement le malade paraissait sentir son mal ; les extrémités étaient froides et on tentait de les réchauffer en les posant sur des bouteilles remplies d'eau chaude.

On en appliqua également sur l'estomac, et un mélange d'eau-de-vie et d'eau

chaude, avec addition d'ammoniaque et de camphre, fut prescrit pour être administré par cuillerée d'heure en heure.

A une heure moins un quart le malade succomba, sans avoir perdu la faculté de sentir et sans que le volume de la langue eût varié depuis le moment de son arrivée.

A l'ouverture du corps on trouva toutes les parties dans l'état sain, et on ne put découvrir la moindre lésion pathologique qui indiquât la cause de cette singulière affection.

N° 8. — *Glossite aiguë.— Avortement; par M. Gaubrie.* — (*Gazette médicale*, 1840, page 75).

Une jeune dame, d'un tempérament sanguin, très irritable, était enceinte de trois mois et se trouvait à l'époque où malgré les soins que l'on avait pris, elle avait avorté plusieurs fois. A la suite d'une contrariété elle éprouva de la douleur dans les membres, des horripilations, et le même soir la langue se gonfla et devint très sensible. La face était rouge, le pouls large et fort (saignée du bras, tisane d'orge).

Le lendemain la fièvre était intense; la conjonctive injectée; le gonflement et la sensibilité de la langue avaient fait des progrès, l'articulation des sons était impossible (saignée, 12 sangues le long du maxillaire inférieur).

Le soir la langue était comprimée le long des arcades dentaires; elle remplissait toute la voûte palatine (12 sangues, vésicatoire à la nuque, frictions entre les épaules avec la pommade stibiée).

Le troisième jour la respiration est très difficile; la déglutition impossible; on faisait difficilement des injections, la face était d'un rouge foncé et le cou très gonflé. La nuit la respiration devient plus pénible; la malade semble menacée d'asphyxie, et pour dégluter une goutte de liquide, la langue ne participant plus à la déglutition, elle éprouve des mouvemens convulsifs; enfin, des douleurs très fortes apparaissent vers l'utérus et elles sont bientôt suivies de l'avortement. Il se déclare une hémorrhagie assez inquiétante pour réclamer l'emploi des réfrigérans. Dès ce moment la langue perd beaucoup de son volume; la malade respire plus librement; la fièvre tombe, et la guérison est assurée. Cependant la langue ne revient pas à son état normal avant le vingt-quatrième jour.

N° 9. — *Gonflement inflammatoire aigu de la langue dans la convalescence d'une fièvre maligne. — Traitement par les scarifications, guérison rapide* (Delamalle. — *Mémoires de l'Académie de chirurgie*).

1re OBSERVATION.

Le nommé Denis Troisvolets, vigneron à Champs-sur-Marne, près Chelles, conva-

lescent d'une fièvre maligne, fut attaqué tout-à-coup, la nuit du 8 au 9 mars 1725, d'une douleur à la langue, suivie d'une tuméfaction aussi considérable que prompte. En moins de cinq heures, cette partie devint trois fois plus grosse que dans son état naturel, et dans cet intervalle, Delamalle père, qui fut appelé au secours de cet homme, l'avait saigné successivement du bras, de la veine jugulaire et du pied, sans succès. Le malade ressentait une douleur aiguë; la chaleur de la peau était brûlante, le visage était gonflé et livide, le pouls dur et concentré, la vue égarée; le malade pouvait à peine respirer, la langue remplissait toute la cavité de la bouche et faisait saillie hors des lèvres. Delamalle, dans ce cas très urgent, ne trouva d'autre expédient que de mettre un coin entre les dents, pour tenir la bouche un peu plus ouverte qu'elle ne l'était par le gonflement excessif de la langue, et de faire avec un bistouri, sur la longueur de cette partie, depuis la base jusqu'à la pointe, trois incisions parallèles, l'une au milieu, les deux autres à égale distance du milieu et de chaque bord; elles pénétraient dans les deux tiers de l'épaisseur contre-nature. Ces taillades eurent tout l'effet qu'on pouvait en attendre: il en sortit une grande quantité de sang et la langue fut dégonflée au point que le malade put parler une heure après. Les incisions ne parurent le lendemain que des scarifications superficielles, lorsque la langue eut repris son premier état, et elles furent guéries en peu de jours pendant lesquels le malade se servit de temps en forme de gargarisme, d'une infusion de sommités de menthe et de fleurs de sureau animées d'un peu d'eau vulnéraire. Il ne fallait rien moins qu'un secours aussi prompt dans son effet, ajoute Delamalle, pour sauver la vie au malade dans la circonstance critique où il se trouvait par les progrès rapides du gonflement de sa langue.

N° 10. — 2e OBSERVATION.

En 1727, un habitant du village de Gagny se trouva dans le même cas. Le chirurgien du lieu appela Delamalle père, en consultation. L'indication était la même; on suivit le même procédé, et l'opération fut aussi efficace qu'elle l'avait été dans le cas précédent.

N° 11. — *Gonflement inflammatoire aigu de la langue à la suite d'une fièvre maligne. — Traitement par les scarifications. — Guérison en cinq jours.* — (Delamalle, *loc. cit.*).

Un cavalier du régiment du mestre-de-camp général fut traité à l'hôpital de Weisembourg, au mois de février 1735, d'une fièvre maligne pour laquelle le médecin l'avait fait saigner onze fois, tant du bras que du pied. Le dix-huitième jour, lorsqu'on le réputait en convalescence, cet homme s'aperçut d'un engourdissement de la langue, lequel fut bientôt suivi de tuméfaction douloureuse. Le chirurgien de garde fit une

saignée à ce malade, que Delamalle visita deux heures après. Il lui trouva la langue dure et gonflée, et lui prescrivit une seconde saignée qui ne produisit aucun effet. L'épuisement du malade ne permettait pas de porter plus loin ce secours. Il imagina que le gonflement pouvait être critique, et qu'il serait plus expédient de procurer une issue aux tumeurs qui causaient l'engorgement, par la scarification de la partie même; en conséquence, vu l'urgence du cas, il fit deux longues et profondes incisions sur la langue, suivant la longueur, à égale distance de ses bords et de la ligne médiane. Il en sortit un sang médiocrement rouge, tel que l'état du malade le comportait : les accidens cessèrent très promptement, la langue était revenue absolument à son état naturel le troisième jour, et le cinquième il fut parfaitement guéri des deux plaies, et entièrement quitte de la maladie pour laquelle on les avait faites.

N° 12. — *Gonflement inflammatoire aigu de toute la moitié gauche de la langue.— Traitement par les scarifications. — Guérison en trois jours* (Delamalle, *loco cit.*).

Le 11 février 1744, Maguerite Vincent, de la paroisse de Champs-sur-Marne, fut attaquée d'un mal de gorge qui empêchait tout-à-fait la déglutition. Mon père, dit Delamalle, qui examina attentivement l'état des choses, n'aperçut dans le fond de la bouche aucun gonflement, mais une sécheresse extraordinaire. La malade, quoique sans fièvre, fut saignée; elle usa de gargarismes émolliens; on appliqua des cataplasmes de même vertu à l'extérieur; et au moyen de ces secours, cette fille recouvra la faculté d'avaler. On lui prescrivit des boissons rafraîchissantes, et elle paraissait hors d'affaire, lorsqu'au bout de quelques jours, dans la nuit du 17 au 18 du mois, la langue se tuméfia dans toute sa longueur, du côté gauche; quoique le gonflement n'affectât qu'un seul côté, il était si considérable qu'il gênait la respiration, et rendait la déglutition impossible. Mon père, qui avait tiré un si grand avantage des incisions qu'il avait pratiquées plusieurs années auparavant, dans un cas plus grave à la vérité, trouva celui-ci assez pressant pour y avoir recours; il se détermina à faire une longue et profonde incision sur le côté gonflé; ce qui a eu un tel succès, que trois jours après la malade fut parfaitement guérie.

N° 13.— *Gonflement inflammatoire aigu de la moitié de la langue. — Application de sangsues.— Guérison,* (Delamalle, *loco cit.*).

J'ai lu, dans les *Ephémérides d'Allemagne,* rapporte Delamalle, qu'un gonflement inflammatoire de la moitié de la langue avait été observé par Joel Langelot, premier médecin du duc de Holstein, il y a environ cent ans. Cette tuméfaction particulière

résistait depuis trois semaines à tous les remèdes qu'on avait administrés avec le plus grand soin. Les saignées du bras, des veines ranines ne furent point omises ; enfin on eut recours à l'application de sangsues proposées par Langelot, et que d'autres médecins avaient rejetées. L'évacuation locale qu'elles procurèrent dégorgea la langue, qui revint à son état naturel.

N° 14. — *Gonflement général de la langue, guéri rapidement par deux scarifications après avoir résisté à tous les autres traitemens* (Job a Mec'kren, *Obs. médico-chirurg., chap.* 22).

La femme d'un matelot qui avait souffert pendant trois ou quatre jours une grande aridité dans la gorge, fut menacée tout-à-coup de suffocation, le 19 mars 1656, par une humeur surabondante qu'elle faisait des efforts pour rejeter : la langue, les amygdales et tout le palais se gonflèrent en très peu de temps. Les gargarismes, les cataplasmes, les lavemens, ne produirent aucun effet. On ne jugea pas à propos de saigner la malade, parce que les parties tuméfiées étaient blanches, et que le gonflement ne paraissait pas inflammatoire. On insista sur les moyens dérivatifs, par des lavemens purgatifs, et par des ventouses scarifiées à la nuque et aux épaules ; auxquels on joignit l'application des vésicatoires derrière les oreilles. Ces remèdes parurent irriter le mal ; loin de diminuer il augmentait notablement, et la couleur livide de la langue, des lèvres, du palais et des parties sublinguales faisait craindre la gangrène : la difficulté de respirer était grande. Job a Mec'kren appela en consultation François de Vicq, chirurgien d'une grande expérience, qui avoua n'avoir pas rencontré un cas semblable dans toute sa pratique. Il conseilla la saignée du bras et celle des ranines, qu'on fit avec bien de la difficulté, à raison du gonflement de la langue ; on y parvint néanmoins et l'on en tira du sang noir et de mauvaise qualité ; la respiration devint un peu moins difficile ; mais tous les accidens étaient assez menaçans pour chercher des secours plus utiles que ceux que l'on avait administrés jusque-là ; enfin on prit le parti de faire une longue et profonde incision sur la langue à droite et à gauche : il en sortit beaucoup de sang corrompu, et sur-le-champ la respiration fut plus libre, la tumeur diminua ; la facilité de parler revint, enfin tous les symptômes se dissipèrent d'une manière inespérée. Les sirops de rose et de pourpier servirent de liniment à la langue, dont les plaies furent bientôt guéries.

N° 15. — *Gonflement inflammatoire général de la langue, déterminé par la mastication d'un crapaud ; guérison rapide par les scarifications* — (*Obs. de Dupont, dans le mém. de Delamalle, mém. et prix de l'Acad. de chirurgie*).

Un jeune paysan, âgé de 16 ans, habitant d'un hameau près Montié, bourg dans la

province du Perche, occupé à garder des bestiaux, fit gageure avec un de ses camarades qu'il mâcherait un crapaud vivant, en commençant par la tête. Il en prit un en effet, et après lui avoir donné quelques coups de dents, il ressentit une chaleur fort vive dans tout le palais, et le rejeta. Le compagnon voyant que le crapaud n'avait pas été broyé selon la convention s'empara de l'enjeu : le premier, pour ne point perdre le prix de la gageure, recommença la mastication du crapaud, et le tritura assez pour gagner. Mais deux heures après il eut à se repentir de son extravagance. Le palais, la langue, l'intérieur des joues et les lèvres se gonflèrent considérablement : au bout de quatre heures, il perdit connaissance; il fut attaqué de hoquets, de nausées et de sueurs qui n'étaient point froides, comme celles dont furent attaquées les deux marchands dont parle Ambroise Paré. Ce jeune homme ne fut visité que le lendemain par M. Dupont, environ vingt-quatre heures après l'accident. Tous les symptômes énoncés subsistaient. Le visage était bleuâtre, la salive sortait involontairement de la bouche, mais en petité quantité ; la déglutition ne pouvait se faire; les veines jugulaires externes étaient gonflées, la langue très brune sortait de la bouche de plus de deux doigts et demi, et elle en avait au moins trois d'épaisseur. La respiration était si laborieuse par le gonflement des parties qui avoisinent le larynx, que M. Dupont pensait déjà à faire l'opération de la bronchotomie, si les moyens qu'il avait à tenter ne produisaient pas un effet prompt et salutaire.

La première indication était de procurer la diminution du volume excessif de la langue et de prévenir la gangrène dont cette partie était menacée. En conséquence, M. Dupont appuya sur la langue avec une feuille de myrthe, de la main gauche, tandis qu'avec la main droite, armée d'un bistouri, il incisait profondément cet organe, en commençant le plus près de sa base qu'il fut possible, et finissant à sa pointe. Par les deux incisions qu'il pratiqua la langue rendit du sang assez abondamment. Il confia le malade à un chirurgien de ce canton, qui le saigna d'après son conseil, deux fois de la gorge en quatre heures. Le relâchement que ces secours produisirent, permit, au bout de six heures, de faire avaler de l'eau émétisée : les évacuations furent abondantes par le haut et par le bas ; la plupart des accidens se dissipèrent presque aussi promptement qu'ils étaient survenus : le lendemain M. Dupont vit le malade pour la seconde fois en assez bon état : il fut d'avis qu'on lui fît des lotions avec de l'eau ammoniacée, animée d'un peu d'eau-de-vie, et qu'on entretînt la liberté du ventre. Du vin miellé fut le topique que l'on employa pour la détersion et la consolidation des plaies faites à la langue ; le malade fut hors d'affaire en quinze jours.

N^os 16 — *Inflammation aiguë de la base de la langue.* (*Obs. du docteur Craigie. — Arch. génér. de Méd.*, 1834, 2^e *série*, t. v.)

1^re OBSERVATION. — Ann. Mackensie, âgée de vingt-huit ans, forte, plethorique, entra à l'infirmerie royale le 16 octobre 1833. Quatre jours auparavant, elle avait été prise d'un mal de gorge et de la difficulté pour avaler. La douleur fit des progrès rapides; la déglutition et la parole devinrent de plus en plus pénibles; une salive visqueuse s'écoula en abondance de sa bouche. Lorsque la malade se présenta à l'hôpital, elle ne pouvait ni parler ni avaler; lorsqu'on l'invitait à boire, elle répondait par signes que les essais pour avaler étaient extrêmement douloureux. Cependant, on insista; alors elle laissa couler goutte à goutte dans sa bouche, et sans pouvoir remuer sa langue, le liquide qui détermina une suffocation imminente et fut rejeté avec force par les narines. La mâchoire ne pouvait être abaissée; mais on reconnut avec le doigt que les amygdales et la luette étaient tuméfiées et que l'engorgement inflammatoire s'étendait à la base et aux bords de la langue et aux parties molles qui recouvrent la face interne de l'os maxillaire inférieur; les parties latérales du cou, vers les angles de la mâchoire étaient considérablement gonflées, la voix ressemblait à un *reniflement*, la salive s'écoulait continuellement par la bouche à demi ouverte; le larynx ne s'élevait point dans les efforts de déglutition; la respiration était difficile et faible; le pouls petit, de cent quatre à cent seize.

La saignée locale n'eut aucun effet sur la marche de la maladie. On tenta les scarifications sur les amygdales et sur le voile du palais; mais le sang s'écoulant en partie vers la glotte produisit des accidens très graves. La mort eut lieu le 18.

Autopsie. — Les amygdales semblaient avoir renfermé des mucosités puriformes qui en avaient été évacuées; la tuméfaction de la luette avait disparu; mais la base de la langue était gonflée, dure et distendue par du sang et de la sérosité dont le tissu cellulaire de sa base était infiltré; les parties situées entre la langue et l'angle de la mâchoire, de chaque côté, étaient dans le même état.

La glotte était perméable, mais la membrane qui la forme était couverte par une membrane puriforme blanchâtre que l'on trouva aussi dans les ventricules du larynx: L'épiglotte était tuméfiée : on trouva un liquide muqueux entre elle et les plis latéraux de la base de la langue. La membrane muqueuse des bronches était rouge; les bronches contenaient un liquide puriforme, les poumons étaient gorgés de sang. L'artère pulmonaire et le ventricule droit étaient distendus par du sang noir liquide et en caillots. Les vaisseaux du cerveau étaient gorgés de sang.

2e OBSERVATION. — Une femme âgée de 28 ans, fut prise d'un mal de gorge après un refroidissement. Les symptômes marchèrent avec une rapidité inquiétante. L'état de la malade ressemblait extrêmement à celui de la précédente, sauf l'intensité. Le docteur Craigie commençait à craindre une terminaison semblable lorsque la maladie fut enrayée par un traitement antiphlogistique extrêmement énergique.

Abcès de la langue.

Aucun des auteurs classiques n'a cru devoir consacrer un chapitre spécial aux abcès de la langue, c'est à peine même s'ils en font mention en parlant des terminaisons de la glossite aiguë. D'une autre part on n'en trouve que de rares observations éparses dans les collections périodiques et dans les recueils de faits cliniques, encore appartiennent-elles toutes à une seule classe d'abcès, les abcès phlegmoneux. Est-ce à dire pour cela qu'il n'existe pas dans la langue d'abcès froids et d'abcès métastatiques. Je suis loin d'avoir cette pensée. Rien en effet dans la structure de cet organe ne semble s'opposer à ce que ces espèces de collections purulentes ne s'y développent. Cependant comme je n'en ai jamais vu, que je ne les ai rencontrés décrits nulle part, et que je n'en connais point d'observation détaillée, je crois devoir les passer sous silence faute d'élémens pour en tracer l'histoire.

Abcès phlegmoneux de la langue.

Ils succèdent, ainsi que nous l'avons dit dans le chapitre précédent, à l'inflammation aiguë du parenchyme de la langue. Leurs causes,

par conséquent, sont tout aussi variées que celles de l'inflammation qui leur donne naissance. Leur formation a lieu comme celle des abcès phlegmoneux de toutes les autres parties. Au moment où les symptômes inflammatoires sont arrivés à leur summum d'intensité, la douleur qui était pulsative devient gravative ; le malade éprouve des frissons irréguliers; la langue, sans cesser d'être aussi volumineuse, se modifie un peu dans sa forme : un point de sa surface devient plus saillant, se ramollit, et souvent si l'abcès est superficiel et placé sur un point reculé de l'organe où l'exploration est difficile, il s'ouvre spontanément avant qu'on ait constaté son existence.

Ces collections purulentes se rencontrent dans presque tous les points de l'organe, mais principalement vers la base, elles sont quelquefois cachées profondément dans l'épaisseur de la langue, le plus souvent elles sont rapprochées de la surface.

Leur volume n'est pas ordinairement considérable, cependant ils peuvent contenir jusqu'à plusieurs cuillerées de pus, principalement quand ils occupent un point rapproché de la base de l'organe. Comme dans tous les abcès qui se développent dans le voisinage du tube digestif, le pus qu'ils contiennent a une odeur fétide, qui en a imposé à quelques chirurgiens pour l'existence de la gangrène.

Traitement. — Le seul traitement qui convienne aux abcès phlegmoneux de la langue est de les inciser largement pour donner au pus une issue facile. Il ne faut pas pour cela attendre qu'ils soient parvenus à maturité. Les incisions prématurées ont l'avantage d'abréger le temps pendant lequel la langue gonflée gêne par son volume les importantes fonctions de la cavité qu'elle occupe.

On fera donc aussitôt, que l'on soupçonnera l'existence du pus, une incision large et profonde sur le point culminant de la partie

enflammée, en suivant pour cela les indications que nous avons tracées dans le chapitre précédent.

En général les accidens disparaissent comme par enchantement après l'évacuation du pus, mais il importe de favoriser la détersion du foyer par des injections fréquentes et pratiquées avec soin.

Sous l'influence de ce traitement la cicatrisation marche avec rapidité : quelques jours suffisent en général pour arriver à une guérison complète :

N° 17. — *Glossite phlegmoneuse. — Abcès à la base de la langue.* (Dupuytren). — (*Archives Génér, de médecine*, tome XVIII, 1828, page 94).

Joseph Drouard, âgé de quarante-trois ans, tailleur de pierres, entra à l'Hôtel-Dieu, e 19 juillet 1816, pour y être traité d'une glossite fort intense, survenue à la suite d'une cautérisation avec le vitriol bleu, d'un bouton qui occupait la partie postérieure et moyenne de la langue. Au moment de son arrivée, le malade avait la bouche largement ouverte, la langue rouge, tendue, douloureuse et couverte çà et là, ainsi que la membrane muqueuse buccale de concrétions pelliculaires albumineuses, remplissant la cavité du palais, faisait saillie dans le pharynx, et débordait antérieurement et latéralement les arcades dentaires ; les gencives étaient tuméfiées ; le malade pouvait à peine parler, la déglutition des solides étaient impossible, celle des liquides très difficile et la suffocation imminente. Des sangsues furent posées autour du cou et donnèrent beaucoup de sang sans amener d'amélioration. Le soir deux grains d'émétique prescrits par M. Dupuytren donnèrent lieu à des vomissemens abondans ; un large vésicatoire fut appliqué.

Le lendemain l'état était le même, et cependant le malade disait parler plus librement que la veille. Étonné du peu de succès de sa médication, M. Dupuytren fit ouvrir largement la bouche, et aperçut à l'endroit où la cautérisation avait été appliquée une goutte de pus : une pression modérée en fit sortir une seconde. Alors un stylet canelé fut porté dans ce point et pénétra d'avant en arrière dans l'épaisseur de la langue. Un bistouri conduit dans sa canelure fut dirigé vers la base de cet organe, et il s'écoula de l'incision une grande quantité de pus mêlé de sang. Des pressions assez fortes sur la base de la langue et répétées de temps en temps dans le courant de la journée achevèrent de vider le foyer. Des gargarismes détersifs et de légers laxatifs furent ordonnés. Deux heures à peine s'étaient écoulées depuis l'incision, que l'amélioration était bien

prononcée. Le soir la langue était complétement rentrée dans la cavité buccale, et ne débordait plus en aucun sens les arcades dentaires. Trois jours après le malade était parfaitement guéri (*Nouv. bibliot. méd.*, juillet 1828).

N° 18. — *Abcès enkysté sous la langue chez un enfant nouveau-né* — (*Archives générales de médecine*, tome XIII, page 81, 1827).

On présenta, à la maison de santé, au professeur Dubois, un enfant de trois jours qui n'avait pas teté depuis sa naissance. Une tumeur dure, volumineuse, d'un rouge pâle, existait sous la langue qu'elle refoulait en arrière et redressait sur la voûte palatine. A la première inspection, cette tumeur fut prise par tous les assistans et par M. Dubois lui-même pour la langue, qu'un examen plus attentif fit découvrir en arrière et en haut. L'obstacle que cette tumeur apportait à la libre entrée de l'air et à la préhension du mamelon pouvait mettre cet enfant en danger de mourir de suffocation ou d'inanition. Cette tumeur en outre était accolée à presque toute la face inférieure de la langue et le frein avait disparu ; elle remplaçait totalement le demi-ovale que forme la courbure de la mâchoire inférieure. Incertain sur ce que pouvait contenir cette tumeur, M. Dubois pratiqua de chaque côté du filet une ponction : il en sortit un pus bien lié, on pressa sur la poche qui fut vidée entièrement, et l'on reconnut une grande épaisseur à ses parois.

N° 19. — *Obs. d'abcès de la langue, par le docteur Robert J. Graves* — (*Archives génér. de méd.*, 1842, tome XIV, 2e série, page 340).

Robert Anderson, âgé de trente ans, entra à l'hôpital : la langue était douloureuse, la déglutition difficile et l'articulation des mots indistincte. La langue était augmentée de volume, surtout dans sa moitié gauche, au centre de laquelle était une tumeur bien définie, dure et extrêmement sensible au toucher. Le pouls était à quatre-vingt-dix, dur et plein. Le lendemain, on découvrit un point de ramollissement à la face inférieure de cette tumeur, et une ponction donna lieu à l'écoulement d'un pus épais, jaunâtre et fétide, dont la quantité aurait rempli un dé. Le soulagement fut instantané, et le malade sortit de l'hôpital le soir même (Dublin, *Journ.*, etc., janvier 1842).

N° 20. — *Abcès à la langue.* — *Obs. de M. Tronches.* — (*Gaz. des hôp.*, tome 1, page 71).

Jean Urack, ouvrier, disposé à la phthisie et adonné aux liqueurs alcooliques, s'aperçut que sa langue devenait plus pesante, et qu'il lui était de plus difficile d'articuler certains mots; il sentit bientôt une douleur accompagnée de pulsations et une tuméfaction manifeste de toute la moitié postérieure de la langue. Il ne vint invoquer mes soins que quand les souffrances l'y contraignirent.

La déglutition et la respiration étaient on ne peut plus pénibles, et la racine de la langue était véritablement étranglée : tous les symptômes de la glossite existaient. Déjà le malade avait fait usage pendant quelques jours de liquides tièdes et mucilagineux, et le mal l'avait forcé à une abstinence complète. Malgré tout cela la tumeur de la partie postérieure de la langue avait pris le plus haut degré de gravité, et le doigt ne pouvait pas être porté jusque sur la tumeur. Il était par conséquent impossible de s'assurer s'il existait de la fluctuation. Je pratiquai une incision pour produire un dégorgement sanguin, mais je donnai en même temps issue à une grande quantité de pus.

La tumeur s'affaissa instantanément, et après deux jours, il n'existait plus de traces ni d'incision ni de dureté. Je n'ai pas pu être éclairé sur les causes de la maladie ni sur le rapport avec la phthisie pulmonaire qui se manifesta peu de temps après, et emporta mon malade en très peu de temps.

N° 21. — *Glossite idiopathique terminée par suppuration.* — *Observation recueillie à l'hôpital Saint-Antoine par Brierre de Boismont.* — (*Bulletin de la Société anatomique*, v, 2). — Service de M. Kapeler.

Le sieur Vilain, âgé de 45 ans, né à Vandeuil (Aisne), exerçant la profession de charretier, entre, le 14 février 1826, à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Kapeler. — Le 12 février, cet homme s'aperçut qu'il portait à la partie inférieure de la langue, et à son côté droit, un petit bouton blanc qui lui occasionnait un sentiment de gêne assez considérable. — Le 13, dans la journée, la langue se tuméfia beaucoup, mouvemens de mastication et de déglutition très difficiles. — Le 14, la maladie fait encore des progrès; le malade fait quelques lotions d'eau de guimauve, qui n'apportent aucun soulagement. Le soir il entre à l'hôpital. La rougeur de la face, les pulsations des artères temporales, le sentiment de suffocation qu'éprouvait le malade engagèrent l'interne de garde à recourir aux antiphlogistiques (saignée du bras de 16 onces, applications de 20 sangues sur le cou).

Le lendemain 15, le malade avait encore la figure rouge, la bouche était ouverte et

laissait dépasser la langue, celle-ci était très tuméfiée, presque carrée par son extrémité inférieure, et haute en cet endroit d'un pouce et demi ; ses parties latérales et inférieures étaient recouvertes d'une exsudation albumineuse blanchâtre, qui masquait entièrement le petit bouton blanc observé par le malade, seulement l'exsudation avait une couleur plus foncée dans l'endroit où il s'était montré. Le malade salivait continuellement, la parole était très gênée, la déglutition fort difficile, la soif grande, le pouls plein et fréquent. Cet homme du reste était très bien constitué, il n'avait jamais été malade, et toutes ses fonctions se faisaient bien; enfin il ne pouvait attribuer son mal à aucune cause à lui connue (nouvelle saignée de 16 onces; 15 sangsues au cou, cataplasme émollient, gargarisme d'oxymel et d'orge, tisane gommée et pédiluve sinapisé : diète). — Le 16, la langue est moins rouge, sa teinte est légèrement bleuâtre, elle est moins gonflée et rentre complétement dans la cavité buccale, elle exécute quelques mouvemens, la parole est moins embarrassée; le pouls est encore fréquent mais moins plein; la salivation est toujours abondante (même traitement).

Le 17, même état.

Le 18, on aperçoit sur le côté gauche de la langue une petite ulcération, qui laisse écouler une certaine quantité de pus, blanc, très fluide. A droite on voit une seconde ulcération à l'endroit où se trouvait le bouton blanc; elle nous présente les mêmes caractères que la précédente (gargarismes, cataplasmes, bouillons). — Le 19, on donne deux coups de lancette dans la langue pour agrandir l'ouverture des abcès et faciliter l'écoulement du pus. Les jours suivans la maladie marche rapidement vers la guérison. Peu-à-peu l'écoulement de pus et de salive cessent, sa langue reprend ses dimensions ordinaires, recouvre sa mobilité; la déglutition, la phonation et surtout la mastication deviennent plus faciles. Enfin le malade sort de l'hôpital le 4 mars, complétement guéri.

N° 22. — *Abcès fétide de la langue.* (*Bibliothèque germanique médico-chirurgicale*, n° 28. — *Journal de Sédillot*, t. XI, p. 430).

Un homme, âgé de 50 ans, hypochondriaque et sujet à des affections catharrales et cutanées, souffrait, depuis six jours, d'un mal de gorge inflammatoire et d'un gonflement considérable de la langue. Lorsque le docteur Stœller fut appelé, il trouva le malade assis, dans une angoisse inexprimable, quoiqu'il eût sa présence d'esprit, respirant avec peine, ne pouvant parler ni avaler; le visage et le cou étaient enflés; une matière ichoreuse et fétide sortait de la bouche, qui s'ouvrait facilement, la langue était très tuméfiée, immobile et couverte entièrement d'une croûte brune. Lorsqu'on la comprimait, elle cédait et il en découlait de la sanie. D'après cet examen, Stœller

fit aussitôt quatre incisions, qui donnèrent issue à un pus fétide sans aucune hémorrhagie. Dès l'instant le malade recouvra un peu la faculté de parler et d'avaler. Des lotions aqueuses dans le même moment, et composées, dans la suite, avec le quinquina, la myrrhe et le miel rosat terminèrent la cure en peu de jours.

Prolongement chronique de la langue.

Cette affection singulière qui consiste dans une augmentation lente et graduelle du volume de la langue sans altération appréciable de son tissu, a été désignée encore sous les noms de langue de veau, langue pendante, macroglosse, hypertrophie, chute de la langue. Chacune de ces dénominations peint assez bien cette maladie dont le phénomène le plus saillant est la tuméfaction anormale de l'organe, et son prolongement à travers l'orifice buccal. Nous avons adopté celle consacrée par l'usage et qui se trouve dans les auteurs les plus recommandables. Peut-être pourrait-on lui subsistuer celui d'étranglement chronique de la langue.

La première mention qui en est faite dans la science remonte à Galien. Cet auteur rapporte (1) avoir vu une langue excessivement grosse, qui n'était affectée ni d'œdème ni de squirrhe, ni de phlegmon. Depuis lors, sans toutefois en tracer l'histoire générale, divers auteurs en ont rapporté des exemples. Gaspard Feucer (2) dit avoir vu des enfans venir au monde avec la langue hors de la bouche et pendante sur le menton comme celle d'un veau récemment égorgé. Scaliger (3) cite un homme qui en avait une si grosse, qu'il n'ose en donner les

(1) Galien, lib. I, cap. IX, *De diff. morb.*

(2) *Commentarius de principiis gen. divim.*, *Wittebergæ*, 1580, 442 (*Teratoscopie*).

(3) Scaliger, *Exercitat*, 199, caput I.

dimensions de peur d'être soupçonné de mensonge. Marcel Donat (1) avait connu à Mantoue un marchand affecté de la même maladie. Thomas Bartholin (2) cite le fait fourni par Jean Valœus, d'une fille qui avait une langue grosse comme le bras et à laquelle on en retrancha avec succès une partie : il parle aussi d'un enfant dont la langue avait acquis le volume d'un cœur de veau, ce qui ne l'empêchait pas de parler encore assez bien, et même de casser des noisettes. Paul de Sorbait cité par Percy (3) avait vu une langue d'un volume non moins excessif. On en trouve encore divers exemples cités par Bardet (4), par Maurant (5), par Trioen (6), Percy frères (7), Pierre Fine de Genève (8), Freteau de Nantes (9), Bierken (10), Harris (11), Rey (12), Mussey (13) Federici (14), Richbaum (15), Merault d'Angers (16), Delpech (17).

La science ne possédait encore que des matériaux épars, quand Lassus entreprit de les réunir dans un mémoire remarquable inséré parmi ceux de l'*Institut national des sciences et arts*, t. I. Dans ce travail qui contient plusieurs observations intéressantes, l'auteur éta-

(1) *Hist. mirab.*, lib. VI, cap. III.
(2) Thomas Bartholin, cent. XI, *Hist. Anatom.* XXII.
(3) *Dict. des Sciences médicales*, t. XXVII, p. 244.
(4) *Bulletin des sciences médicales de la société d'Évreux*. n. 23, p. 67.
(5) *Journ. du Vandermonde*, t. XV, p. 156.
(6) *Observationum medico-chirurg. fasciculus.*
(7) *Dict. des sciences médicales*, t. XXVII, 246.
(8) *Journal de Sédillot*, t. XLIX, p. 284.
(9) *Journal de Sédillot*, t. LVII, p. 285.
(10) *Société médicale de Suède*, 1810.
(11) *The American Journal of the medic. scienc., novembre* 1830.
(12) *Gaz. des Hopit.* 1835, 280.
(13) *The American Journal, février* 1838.
(14) *Giornale dei progressi, juin* 1843, *Naples.*
(15) *Capers Wochenschrifft*, 1842, n. 28.
(16) *Dict. des sc. méd.* t. XXVII, Pl. 248.
(17) *Clinique chir. de Montpellier* et *Gaz. des hop.* 1841, p. 352.

blit que le prolongement chronique de la langue peut être congénial ou acquis ; que la tuméfaction n'est point la partie essentielle de la maladie, qu'elle ne survient que consécutivement, et qu'il est en général assez facile d'y remédier en réduisant l'organe et le maintenant réduit. Il termine en rejetant d'une manière absolue l'amputation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les altérations anatomiques que l'on observe dans cette affection portent sur la langue elle-même, puis sur plusieurs des organes voisins.

1° *Altérations de la langue elle-même.* — Le premier phénomène que l'on remarque est, ainsi que l'établit Lassus, un simple déplacement de l'organe, le plus souvent sans augmentation de volume. Il semble que la langue soit attirée en avant par les muscles, ou bien sous l'influence de la volonté, peut-être par le fait d'une contracture. Tant que la langue est renfermée dans la cavité buccale, elle est lisse, sans bosselures ni sillons; sa consistance est à-peu-près celle de l'état normal ; la muqueuse conserve sa couleur rouge clair; elle est tomenteuse, humide; les papilles n'offrent aucun développement extraordinaire; quant à sa structure, nous ne pouvons rien dire de positif ; la science ne possède pas une seule autopsie faite dans cette première période.

Plus tard dans une seconde période, lorsque la langue sortie déjà depuis un certain temps de l'orifice buccal a subi le contact prolongé de l'air et des corps extérieurs, la pression des arcades dentaires, elle présente d'autres altérations, sa forme se modifie, la partie qui sort de la bouche se gonfle : tantôt à-peu-près cylindrique, elle se renfle par fois en masse ou s'étale en tablier, mais toujours elle se recourbe en bas, de manière à couvrir une grande partie du menton. La portion placée au dehors est séparée de celle qui est restée au dedans par un sillon transversal assez superficiel à la face supérieure,

mais beaucoup plus profond à la face inférieure où souvent existent des ulcérations produites par les dents correspondantes. La surface muqueuse est tantôt lisse et tendue; d'autres fois hérissée de papilles hypertrophiées, parcourue de veines variqueuses, surtout à la partie inférieure sur les côtés du frein; sa couleur d'un rouge violacé est souvent masquée par une croûte noirâtre résultant de la dessiccation du mucus, d'autres fois au contraire l'épithélium détaché laisse voir à nu le corps muqueux rouge et même excorié. La consistance est tantôt plus ferme, plus rénitente que dans l'état normal; tantôt au contraire elle est comme œdémateuse. La portion contenue dans la bouche diffère peu de ce qu'elle est dans l'état normal; elle est seulement attirée en avant, de sorte que la face inférieure semble se continuer avec les gencives, ce qui en a imposé à quelques chirurgiens pour une ankyloglosse et les a portés à disséquer cette partie dans l'opération qu'ils exécutaient pour remédier à cette difformité.

Dans quel état se trouvent les diverses parties de la langue lorsque les choses sont arrivées à ce point, nous ne pouvons pas l'établir d'après des autopsies détaillées; nous savons seulement par quelques chirurgiens qui ont excisé de pareilles tumeurs qu'elle consistait *dans une véritable* hypertrophie *sans altération de texture et consistant seulement dans une augmentation de volume, un développement plus grand de toutes les parties qui composent la langue* (1).

2° *Altérations des organes voisins.* — Tant que la langue peut rentrer dans la cavité buccale, les altérations des organes voisins sont à-peu-près nulles. Mais quand la maladie a déjà, depuis un certain temps, atteint la deuxième période, les altérations se prononcent d'une manière remarquable. Les plus importantes sont : 1° *le déplacement de l'os hyoïde et du larynx.* Une fois sortie de la bouche, la langue qui n'éprouve plus en avant d'obstacle à son prolapsus,

(1) Rey de Chambery, *Gb. des hôp.* 1835, 214.

et dont le volume et le poids augmentent incessamment, la langue, dis-je, entraîne graduellement en haut et en avant l'os hyoïde ainsi que le larynx, qui se trouve, pour ainsi dire, caché derrière la mâchoire inférieure. A ce déplacement, est lié celui des amygdales et des piliers du voile du palais, lesquels entraînés en avant, prennent une direction oblique. 2° *Altération des dents.* Quand la maladie existe déjà depuis longt-emps, qu'elle s'est développée dans l'enfance et qu'elle est parvenue à la seconde période, les dents incisives et canines de la mâchoire inférieure se dévient en avant, deviennent obliques d'abord, puis à-peu-près horizontales et forment une sorte de gouttière dans laquelle repose la partie inférieure de la langue. On les rencontre souvent enveloppées de tartre; d'autres fois, elles sont vacillantes; leurs gencives sont tuméfiées et fongueuses; enfin, elles tombent prématurément. Les dents molaires, au contraire, plus libres dans leur développement par le fait de l'écartement des mâchoires, proéminent outre mesure, de sorte qu'après l'ablation de la tumeur, lors même que l'on est parvenu à redresser les incisives, leur contact se faisant trop tôt, empêchent les mâchoires de se rapprocher à la partie antérieure.

3° *Altération du maxillaire inférieur.*—Plusieurs observateurs ont noté une sorte d'arrêt de développement dans la branche horizontale de l'os maxillaire inférieur. D'autres ont constaté une sorte de torsion de cet os sur lui-même, de sorte que la branche horizontale formait avec la branche montante un angle beaucoup plus obtus, ce qui contribuait avec la saillie des dents molaires et l'abaissement des incisives et des canines à empêcher le rapprochement des deux mâchoires en avant.

4° *Altération des lèvres.* — La lèvre inférieure renversée en bas par le poids de la langue présente, en avant et en haut, sa surface muqueuse; elle s'allonge, s'œdématie, s'excorie et devient parfois le siége de véritables ulcérations.

Causes. — Les causes qui président au développement de cette affection sont de deux ordres : les unes que l'on peut appeler prédisposantes tendent à porter la langue en avant et à la faire saillir dans l'orifice buccal. Les autres agissent pour retenir la langue dans sa position vicieuse, et déterminent son gonflement et son développement ultérieur.

1° *Causes prédisposantes.* — Au premier rang se trouve une disposition native peu connue encore dans son essence et peut-être variée dans sa nature, c'est tantôt une longueur congénitale trop considérable de l'organe; d'autres fois une élévation et une projection trop grande en avant du larynx, sous l'influence de quelques contractures des fibres postérieures des muscles génioglosses; d'autres fois une paralysie plus ou moins complète des fibres musculaires qui retiennent la langue dans sa position normale; d'autres fois peut-être une hypertrophie réelle de l'organe.

Parmi les causes accidentelles se remarquent les convulsions si fréquentes à l'époque de la première dentition, les attaques épileptiformes, les contractions musculaires, certaines congestions coïncidant avec les époques menstruelles, les efforts de succion, le gonflement mercuriel de l'organe ou bien encore l'habitude vicieuse que contractent certains individus, de se mordre la langue et de se la tenir allongée.

2° Le second ordre de causes, qui comprend celles qui tendent à maintenir la langue au dehors et à provoquer son développement ultérieur sont toutes les circonstances qui peuvent produire une irritation de l'organe. Au premier rang se trouve la pression continue exercée par les dents ou les gencives sur la partie qui leur correspond. Il en résulte d'abord une sorte d'étranglement qui donne lieu à un gonflement mécanique, puis une irritation vive dans le point comprimé, des ulcérations dans lesquelles par fois les dents se logent en partie. D'une autre part le contact continuel de l'air, la présence

des croûtes formées par le mucus desséché, le frôlement des vêtemens ou des appareils destinés à masquer la difformité, sont autant de causes incessantes d'irritation qui hâtent les progrès du mal; aussi voit-on la maladie prendre sous cette influence un accroissement plus rapide.

Symptômes, marche et développement.—Le prolongement chronique se manifeste ordinairement dès la naissance. On l'a vu quelquefois dès cette époque présenter un développement considérable, mais le plus souvent il n'est encore qu'en germe, et alors il passe assez fréquemment inaperçu. Ce n'est guère que plus tard, quand la maladie a fait de grands progrès, que les parens de l'enfant se rappellent certaines particularités, qui doivent reporter au premier âge le début de la maladie. Les enfans ont la bouche habituellement béante, leur langue est plus épaisse que dans l'état normal, ils retiennent difficilementla salive, du reste ils tètent bien, et leur santé générale n'est nullement altérée.

Bientôt vers l'âge de deux ou trois ans, quelquefois plus tard, sous l'influence de quelque irritation extérieure, ou plus souvent encore sans cause bien connue, la maladie prend tout-à-coup un accroissement rapide; la langue, qui jusque-là, restait encore contenue dans la bouche, se présente entre les lèvres, le malade est obligé de faire acte de volonté pour la rentrer dans la cavité buccale. La salive coule plus abondamment, quelquefois le malade accuse un sentiment de malaise dans toute la région de la mâchoire, et même une véritable douleur. Les différentes fonctions auxquelles la langue concourt éprouvent de la gêne, l'articulation des sons est embarrassée, la préhension des alimens, leur mastication ne s'exécutent qu'avec peine.

Dans une période plus avancée, la langue fait constamment saillie en dehors de la bouche; les efforts du malade sont impuissans pour la retirer dans la cavité buccale et même pour la recou-

vrir avec les lèvres. Elle apparaît à l'extérieur sous forme d'une masse cylindroïde, pyriforme, plus rarement étalée en tablier. Toujours plus ou moins recourbée en bas, au-devant du menton, sa surface tantôt lisse et régulière est quelquefois bosselée; tantôt elle présente un développement insolite des papilles à sa face supérieure, d'autres fois un gonflement variqueux des veines à sa partie inférieure, ou même des excoriations sur divers points de sa surface. Presque toujours elle est recouverte à sa face supérieure d'une couche noirâtre formée par le mucus et la salive desséchée. Sa consistance est ordinairement plus ferme que dans l'état normal, sa sensibilité obtuse, à moins qu'elle ne soit accidentellement le siége de quelque travail inflammatoire. Un sillon profond, surtout à la face inférieure où fréquemment existent des ulcérations profondes produites par les dents, limite la portion extérieure de celle qui reste habituellement dans la bouche. Cette dernière a conservé à-peu-près la disposition normale quant à son aspect; mais elle est portée en masse vers la partie antérieure, de sorte qu'elle est attirée en bas, et que sa face inférieure semble affectée d'ankyloglosse et adhérente aux gencives. L'ouverture de la bouche, constamment béante pour donner passage à la tumeur, affecte une forme plus ou moins arrondie; la lèvre supérieure est généralement peu déformée, mais il en est autrement de la lèvre inférieure, repoussée par la tumeur, qui se recourbe fortement en bas, et parfois acquiert un volume tel qu'après l'ablation de la langue certains opérateurs ont cru devoir en sacrifier une partie.

Si l'on soulève un peu la langue, on voit ordinairement derrière la lèvre inférieure renversée, les dents incisives et canines déviées horizontalement et formant une gouttière dans laquelle repose la face inférieure de l'organe. Ces dents sont le plus souvent ébranlées et vacillantes, presque toujours aussi on les voit encroûtées de tartre, d'autres fois enfin les dents n'existent plus, et la langue repose directement sur les gencives. Dans quelques cas, les incisives moyen-

nes sont écartées de plusieurs millimètres et laissent passer dans leur intervalle une partie du frein de la langue. Tandis que les dents antérieures subissent cette altération, les grosses molaires semblent au contraire avoir acquis un développement plus considérable ; mais ce n'est souvent qu'une apparence qui tient à l'altération de l'os maxillaire inférieur. Cet os en effet semble dans sa partie antérieure participer à la gouttière que forment les dents ; on le trouve souvent atrophié dans sa partie horizontale, ce qu'il est facile de reconnaître à la vue et au toucher. On reconnaît aussi de la même manière l'effacement plus ou moins prononcé de l'angle du maxillaire dont les deux branches tendent à devenir parallèles.

Dans l'intérieur de la bouche, les piliers antérieurs du voile du palais sont, ainsi que les amygdales, entraînées en avant; et, comme nous l'avons déjà dit, l'os hyoïde et le larynx tout entier ont eux-mêmes subi un mouvement de locomotion qui les a portés en haut. Il en résulte un degré de fixité plus considérable pour ces organes.

Aux phénomènes anatomiques que nous venons de signaler se lient des phénomènes fonctionnels, qui présentent aussi un grand intérêt.

L'un des plus remarquables est l'écoulement incessant de la salive; cet écoulement est facilité par l'ouverture permanente de la bouche par le renversement de la lèvre inférieure, par l'abaissement du maxillaire, par son atrophie, sa disposition en gouttière, par la dépression et l'écartement des dents incisives, par la position plus antérieure de l'orifice des conduits salivaires inférieurs, et principalement par la disposition de la langue, qui forme une sorte de plan incliné, le long duquel la salive tend naturellement à couler. Toutefois cet écoulement s'arrête momentanément pendant l'acte de la mastication, pour recommencer immédiatement après.

1° *Préhension des alimens.* — La présence d'une tumeur qui ob-

strue l'orifice buccal ne permet pas à la préhension des alimens de s'exécuter de la manière ordinaire. Certains malades ne peuvent introduire les liquides qu'avec un biberon ou un tuyau à l'aide duquel ils exercent la succion. Quant aux alimens solides, c'est ordinairement par les côtés de la bouche que les malades les introduisent. Quelques-uns même sont obligés de faire un certain effort avec les doigts pour les pousser sur les côtés de la tumeur, jusque sous les dents molaires.

2° *Mastication.* — Les dents incisives et canines n'y prennent aucune part; cette fonction ne s'exerce plus qu'à l'aide des dents molaires, encore faut-il que l'action de la langue soit en partie remplacée par les doigts qui portent les alimens jusqu'à leur niveau et les repoussent au-dessus d'elles. Cependant, chose remarquable, par l'habitude, il est des malades qui parviennent à exécuter assez convenablement cette fonction, pour que l'alimentation n'en souffre pas sensiblement; d'autres, au contraire, ne peuvent se nourrir que d'alimens liquides, bouillies, fécules, etc.

3° *Déglutition.* — Cette fonction est celle qui reste le plus complète. Une fois introduits dans la bouche et broyés, les alimens sont, sans trop de peine, rassemblés sur la base de la langue, et de là poussés dans le pharynx.

4° *Phonation.* — On conçoit à peine qu'avec une difformité pareille, la phonation puisse encore s'exécuter; et cependant, ainsi qu'il résulte des observations que nous avons rapportées, il est des malades qui pouvaient encore parler assez distinctement et même se livrer à l'exercice du chant.

Cependant cette fonction a subi le plus souvent une altération profonde. Dans le plus grand nombre des cas, les malades sont réduits à balbutier d'une manière presque inintelligible; la plupart des consonnes surtout sont d'une articulation impossible.

Diagnostic. — La situation de la langue hors de la bouche rend en général la maladie dont nous parlons très facile à reconnaître. Il est cependant quelques affections dans lesquelles le même symptôme se manifeste. Ce sont, 1° la glossite aiguë ou gonflement inflammatoire de la langue; 2° le gonflement symptomatique dû à la présence de tumeurs dans son tissu.

1° *Diagnostic différentiel du prolongement chronique de la langue avec la glossite aiguë.* — La marche de ces deux affections est tellement différente que la moindre attention suffit pour les distinguer l'une de l'autre. Dans le prolongement chronique la langue est indolente, elle n'est arrivée qu'après plusieurs mois, plusieurs années au volume qu'elle présente. De nombreuses altérations sont survenues du côté des mâchoires; le malade est sans fièvre. Dans la glossite aiguë, au contraire, la langue est chaude, douloureuse; le mal est survenu tout-à-coup en quelques heures, en quelques jours. Les dents et les lèvres sont intactes. Le malade est en proie à un état fébrile plus ou moins intense.

2° *Diagnostic différentiel du prolongement chronique et du gonflement symptomatique.* — Le gonflement symptomatique, produit par le développement dans l'épaisseur de la langue de tumeurs fibreuses ou cancéreuses, ou syphilitiques, etc., est plus difficile à distinguer du prolongement chronique que la glossite aiguë. Dans les deux cas la marche de la maladie est lente, les parties peu douloureuses, le malade sans fièvre; mais, au lieu d'un gonflement uniforme régulier présentant encore une certaine souplesse, la langue, dans laquelle se sont développées des tumeurs chroniques, est irrégulière, bosselée, d'une consistance plus ou moins dure; puis chacune de ces tumeurs se manifeste avec ses caractères particuliers qu'il me paraît inutile d'énumérer ici, et qui ne permettent pas à un chirurgien attentif de tomber dans l'erreur.

Pronostic.—Dans la première période, le prolongement congénial de la langue n'est pas une maladie grave; on y remédie facilement lorsqu'il est encore récent, mais quand il a acquis un développement considérable, il entraîne de graves inconvéniens. Indépendamment de la difformité qui rend les malheureux affectés de cette maladie un sujet de répulsion et d'horreur, prive les malades de tous leurs rapports sociaux, il entrave la phonation, gêne la préhension des alimens, épuise le malade par la perte continuelle de la salive, l'expose à des complications funestes quand surviennent des maladies ordinairement bénignes des fosses nasales et de la gorge, entraîne la destruction ou la déviation des dents, la déformation de l'os maxillaire, et peut par son influence sur la nutrition, amener par degrés la maigreur et le marasme. Cependant il faut le dire, la puissance de l'art est grande pour combattre cette affection.

Traitement. — Un grand nombre de moyens ont été proposés contre la maladie qui nous occupe. Tous peuvent trouver une application utile, suivant les circonstances. Ces moyens sont :

1° *L'éloignement des occasions qui peuvent solliciter le malade à porter la langue en avant.* — Un moyen des plus efficaces, dit Boyer, pour s'opposer à la projection de la langue, chez les enfans qui ont cette disposition vicieuse, est de choisir une nourrice dont le mamelon soit long et gros : avec cette précaution, les enfans ne sont pas obligés d'allonger la langue pour exercer la succion, comme dans les cas où le mamelon est petit et court et entre à peine dans la bouche.

Si ce moyen était insuffisant, comme cela arrive chez quelques enfans qui tètent en plaçant la langue sous le mamelon et le pressent de la base vers le sommet, il faudrait recourir, comme le conseille Lassus (1), à l'usage du biberon au moyen duquel on pousse le lait dans la bouche avec assez de rapidité pour que l'enfant soit contraint

(1) Lassus, *Mém. de l'Institut national*, 1re classe, I, 1798, p. 1.

de retirer sa langue en arrière, afin de modérer l'afflux du liquide.

2° *Les topiques stimulans appliqués sur la langue.* — Si l'on est appelé peu de temps après la naissance (dit encore Boyer), il suffit, pour faire cesser la disposition que présente la langue à se projeter en avant, de stimuler avec un peu de sulfate d'alumine en poudre, de poivre ou de gingembre l'extrémité de la langue toutes les fois qu'elle reparaît entre les lèvres. On force ainsi l'enfant à retirer la langue dans la cavité de la bouche, et l'on prévient par là la protrusion consécutive de cet organe. Dans un cas plus grave, Galien a réussi à faire rentrer dans la bouche une langue pendante, par l'application de linges imbibés de suc de laitue sauvage.

3° *Occlusion de la bouche.* — Chez les enfans, ce moyen est employé avec avantage dans l'intervalle de temps où l'enfant ne tète pas. Pour cela, on fait d'abord rentrer la langue dans la bouche et l'on s'oppose à ce qu'elle sorte, en maintenant les mâchoires en contact à l'aide d'un bandage en fronde, que l'on détache chaque fois que l'enfant a besoin de prendre de la nourriture.

Toutes les fois que la réduction est possible, l'emploi de ce moyen contentif si simple est d'un grand secours; à lui seul il peut arrêter les progrès de la maladie, quand celle-ci n'est pas très avancée, et dans les cas plus graves, il trouve encore son application pour compléter la cure quand par d'autres traitemens on est parvenu à rendre la langue réductible (1).

4° *Lotions et applications topiques émollientes.* — Seul, ce moyen est généralement peu efficace pour faire rentrer dans la bouche une langue affectée de prolongement chronique confirmé; c'est cependant dans ce cas qu'il a été conseillé et qu'il a rendu des services en faisant tomber la tension locale, en assouplissant les tissus, et en les rendant plus aptes à recevoir les autres médications. Il a suffi même

(1) Lassus, *loco citato.*

dans les mains de Louis pour guérir une femme de la Salpétrière, âgée de 40 ans, et affectée depuis plus de 30, d'un prolapsus considérable. La réduction s'est opérée sous l'influence de simples applications topiques du suc de laitue cultivée, continuées, il est vrai, pendant six mois (1).

5° *Purgatifs.* — Les purgatifs salins ou aloétiques rendent encore des services, même dans des cas fort graves, surtout quand on les emploie concurremment avec les lotions émollientes sur la partie malade (2).

6° *Compression.* — Ce moyen curatif peut être employé de plusieurs manières. Tantôt, comme Leblanc, on renferme la tumeur dans un sachet que l'on attache par des cordons derrière la nuque (3); tantôt, ainsi que l'a fait avec succès Fréteau de Nantes, on enserre la tumeur dans un bandage compressif, fait avec le plus grand soin. A l'aide de ce moyen puissant et rationnel, on a obtenu des succès remarquables dans des cas extrêmement graves, qui semblaient exiger l'amputation (4).

7° *Evacuations sanguines.* — On peut obtenir un dégorgement favorable par l'application de sangsues, par des incisions, par la saignée de la veine ranine. Lassus dit s'en être bien trouvé; cela se conçoit parfaitement (5).

8° *Amputation.* — Lorsque le prolongement chronique est très considérable, fort ancien, et que cet organe est dans un état fongueux et variqueux, quand on a vainement employé les divers moyens de réduction, on peut, on doit faire l'amputation de la portion de la langue qui se trouve hors de la bouche. Cette opération a été déjà

(1) Lassus, *loco citato.*
(2) Ruhbaum, *Archives*, 1843, II, 95.
(3) Lassus, *loco cit.*
(4) Obs. de Fréteau, *Journ.* de Sédillot, 49.
(5) Lassus, *loco citato.*

pratiquée nombre de fois et presque toujours avec un succès complet. Les procédés employés présentent des variétés nombreuses.

A. *Amputation transversale et cautérisation.* — Cette opération a été pratiquée dans le courant du dernier siècle par Hoffman, chirurgien de Stockholm ; voici la description de son procédé :

La langue étant fixée sur une espèce de spatule large et échancrée ; l'extrémité protubérante de l'organe fut coupée avec un ciseau, à-peu-près semblable à celui dont se servent les sculpteurs et les tailleurs de pierre. L'hémorrhagie, peu considérable, fut arrêtée par le cautère actuel. La portion de la langue enlevée pesait 3 onces ; la malade fut parfaitement guérie en trois semaines (1).

Une opération analogue avait été conseillée en 1653 par Jules César Claudinus, de Bologne. Ce procédé, fort expéditif du reste, ne fait pas honneur à la chirurgie suédoise de l'époque.

B. *Amputation par une double incision en V.* — Cette méthode, proposée par Boyer pour l'amputation d'une portion de la langue affectée de cancer, a été appliquée avec succès par Rey (2), à l'amputation d'une langue affectée de prolongement chronique. Harris (3), Murrey (4), Federici (5) ont employé aussi avec succès cette méthode en la modifiant d'une manière qui ne me paraît pas heureuse. Ils ont cru devoir faire précéder l'amputation d'une dissection de la face inférieure de la langue dans une étendue de près d'un pouce. Cette modification me paraît basée sur une erreur. En effet, si la langue paraît adhérente aux gencives de la mâchoire inférieure dans les cas de prolongement chronique, cela n'est qu'une illusion qui tient à ce que la langue a été fortement tirée en avant ; et dès que

(1) Lassus, *loco citato.*
(2) *Gaz. des Hôpitaux*, 1835.
(3) *Gaz. méd.*, 1837.
(4) *Gaz. méd.*, 1838.
(5) *Archives*, 1844.

l'organe est replacé dans la bouche, les choses reprennent leur disposition normale. Toute dissection est donc parfaitement inutile; de plus elle peut être dangereuse en ce qu'elle expose à blesser les artères ranines, les veines, les conduits excréteurs de la salive, etc.

C. *Ligature.* —C'est, je crois, Mireau d'Angers (le père), qui le premier a exécuté cette opération dans un cas de prolongement chronique de la langue. Le procédé qu'il a suivi est des plus simples. A l'aide d'une longue aiguille, il a passé dans le milieu de la langue, de la face inférieure vers la supérieure, au niveau du sillon formé par les dents sur la tumeur, deux fils dont les chefs ramenés les uns à droite, les autres à gauche, lui ont servi à étrangler la langue dans une double ligature. — L'opération fut suivie d'un plein succès.

Bierken, en 1812 (1), et un an plus tard Pierre Fine de Genève (2) ont fait subir à cette opération une modification légère : au lieu de deux fils, ils en placent trois, de manière à ce que chacun d'eux embrasse une portion moins considérable de tissus, et par conséquent en opère la section avec plus de promptitude.

Quel que soit le procédé que l'on mette en usage la ligature est un moyen simple et utile dont un des principaux avantages, précieux surtout dans les opérations que l'on pratique sur la langue, est de mettre à l'abri de l'hémorrhagie.

Traitement des complications. — Quand la tumeur proéminente hors de la bouche a été réduite ou enlevée par les moyens proposés plus haut, il reste souvent à réparer des désordres graves. Les dents incisives et canines déviées ou ébranlées peuvent quelquefois être redressées et raffermies. L'écartement des mâchoires, qui tient au développement insolite des grosses molaires ou à la torsion de l'os maxillaire lui-même exige souvent l'arrachement de ces dents, ou

(1) *J. de Sédillot*, 1813.
(2) *J. de Sédillot*, 49.

l'application long-temps prolongée d'un bandage destiné à relever le menton. Quant au renversement de la lèvre inférieure et à son prolongement, il disparait peu-à-peu, et je ne pense pas qu'il exige jamais l'excision partielle de cet organe, ainsi que l'a pratiqué Mireau, père.

N° 23. — *Bierken. — Prolongement de la langue extirpé par la ligature.* — (*Journal de Boyer*, t. XXVI, pag. 104).

M. de Bierken présenta à la Société médicale de Suède, une fille de 12 ans, dont la langue était si grande que la pointe tombait sur le menton, sa pesanteur avait causé le renversement de la lèvre (*labium leopoldinum*) et donné aux dents antérieures une direction horizontale. Il en était résulté une mine hideuse, une déglutition difficile, une voix inintelligible et une grande saillie du larynx. Cette fille avait cette incommodité depuis l'âge de 2 ans, et elle avait été guérie une fois par replacement ou reposition. Le 26 octobre 1809, M. de Bierken en fit l'extirpation par la ligature. Il traversa la langue en deux endroits par un double cordonnet, dont il sépara ensuite les fils en liant d'abord la partie moyenne, puis chacune des parties latérales; et par ce moyen cette malheureuse fille fut guérie sans hémorrhagie et sans accident nerveux marqué. Ramenée à la Société le 5 septembre, elle avait la langue guérie et assez longue, en sorte que la voix était redevenue intelligible, la déglutition facile, et que la lèvre avait repris sa position naturelle après l'évulsion et le replacement vertical des quatre mêmes dents qui furent assujetties par un appareil convenable.

N° 24. — *Énorme tuméfaction de la langue guérie par l'amputation.* — *Observation de M. Harris.* — (*Archives générales de médecine*, t. XXV, 1831. page 265).

Margaret Lawson, âgée de 24 ans, entra le 1er juin 1829, à l'hôpital de Pensylvanie, pour s'y faire traiter d'un gonflement de la langue, entraînant la sortie de cet organe hors de la bouche et qui existait depuis un grand nombre d'années. Au rapport de sa mère, la fille Lawson avait joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de 4 ans; à cette époque et sans aucune cause connue, elle fut dans la nuit prise brusquement d'une douleur assez violente pour la réveiller en sursaut. Le lendemain matin on s'aperçut que la langue était gonflée et qu'elle faisait une légère saillie entre les dents. Cet état était accompagné de chaleur à la peau et d'une soif très vive. Le jour suivant le volume de la langue était encore augmenté et elle faisait alors saillie d'environ trois pouces hors de la bouche. Le gonflement loin de diminuer augmenta progressivement. Pendant les premières semaines, la maladie s'accompagnait de vives

douleurs et d'une grande gêne dans la déglutition; mais ces symptômes disparurent peu-à-peu et la malade resta seulement dans son horrible difformité. D'abord elle pouvait à peine parler; peu-à-peu elle parvint à articuler distinctement, mais la voix était rauque et désagréable. Au moment de son entrée à l'hôpital, elle était dans l'état suivant : La saillie de la langue mesurée depuis la saillie des dents supérieures jusqu'à la pointe de l'organe était de 4 pouces, et mesurée en suivant ses bords d'une dent canine d'un côté à celle du côté opposé de 7 pouces 1/4. Sa circonférence était de 6 pouces 1/2 et son épaisseur de 1 pouce 3/4. Cette portion de la langue paraissait avoir éprouvé une profonde altération de tissu, elle était extrêmement dense, d'une couleur chocolat foncée, et constamment recouverte d'une exsudation muqueuse. La partie contenue dans la bouche, au contraire, ne paraissait avoir éprouvé aucune altération. Le poids de la tumeur avait entraîné en haut et en avant l'os hyoïde et le larynx; les dents incisives et canines inférieures avaient été poussées en avant, au point de devenir horizontales; à gauche, elles étaient couvertes d'une masse de tartre de la grosseur d'une noisette, et qui par sa pression sur la face inférieure de la tumeur avait occasionné une ulcération très douloureuse. L'os maxillaire inférieur lui-même avait éprouvé un changement de forme; toute sa partie antérieure, à partir de la base de l'apophyse coronoïde, avait cédé au poids de la tumeur et s'était abaissée de manière à ce qu'il n'y avait plus que les grosses molaires qui pussent se rencontrer.

La lèvre inférieure était renversée en avant de manière à ce que son bord libre descendait jusque sur le menton. Enfin, excepté pendant la mastication, la salive coulait hors de la bouche et rendait insupportable la difformité de cette malheureuse fille.

M. Harris, avant de rien entreprendre contre cette maladie, arracha les dents incisives et canines inférieures, enleva la masse crétacée dont nous avons parlé, et à l'aide de quelques lotions astringentes, obtint la cicatrisation de l'ulcération. Il essaya alors de diminuer le volume de la langue à l'aide de sangsues et par une compression méthodique, de manière à pouvoir faire rentrer l'organe dans la bouche, suivant la méthode de Lassus; mais la douleur et l'irritation qui suivirent ces tentatives, le forcèrent à les abandonner. Il se résolut alors à extirper toute la partie de la langue qui formait la tumeur. Redoutant l'hémorrhagie, il tenta la ligature suivant le conseil de plusieurs de ses collègues; mais de quelque manière qu'il s'y prît, quelque force qu'il mît à serrer la ligature, il ne put parvenir à arrêter la circulation dans la tumeur, et il ne résulta de cet essai que beaucoup de douleur pour la malade et une augmentation considérable du volume de la langue. Enfin, il eut recours à l'amputation qu'il pratiqua dans le sillon profond qu'avait produit la ligature sans éprouver aucune difficulté sérieuse; les artères considérables furent liées à l'instant même et l'écoulement de sang peu considérable cessa spontanément au bout de peu de temps. Un pan-

sement simple avec de la charpie retenue par un bandage approprié, compléta cette opération, et dix-sept jours après, la malade était parfaitement guérie sans avoir éprouvé d'autres accidens qu'une fièvre légère et un peu d'inflammation à la langue qui céda à l'application de quelques sangsues. Mais il restait encore à combattre l'ouverture contre-nature de la bouche résultant de l'abaissement de la mâchoire inférieure. M. Harris, observant que les deux premières molaires de cette mâchoire étaient beaucoup plus longues que dans l'état naturel et qu'elles devaient nécessairement s'opposer au rapprochement complet des deux os maxillaires, les arracha, et quoique l'écartement fût encore assez considérable après cette extraction, il abandonna le reste à la nature espérant que l'action des muscles se rétablissant peu-à-peu, ramènerait les parties à leur état normal. C'est, en effet, ce qui eut lieu au bout de quelque temps, et par des progrès insensibles, la lèvre inférieure reprit sa place et les deux mâchoires finirent par se rejoindre si parfaitement, que toute difformité disparut et que Margaret Lawson auparavant hideuse à voir, fut bientôt recherchée en mariage (*The American, Journ. of the med. sciences,* novembre 1830).

N° 25. — *Hypertrophie de la langue guérie par l'opération. — Observ. de M. Rey de Chambéry.* — (*Gazette des hôpitaux,* 1835, page 214).

Marie Orseilles, native du bourg de St.-Maurice-en-Tarentaise, âgée de 14 ans, non réglée, d'un tempérament lymphatique, vint se présenter à l'Hôtel-Dieu de Chambéry, le 4 août 1834, pour y réclamer des secours contre un développement progressif de la langue. Cet organe avait au moins cinq fois son volume ordinaire, de sorte que, ne pouvant plus être contenue dans la cavité buccale, la tumeur dépassait les arcades dentaires, et après avoir écarté les mâchoires l'une de l'autre, elle venait faire saillie au dehors sur une longueur de près de quatre pouces et environ trois de largeur.

L'extrémité antérieure était la portion de l'organe qui avait acquis le plus de développement, ce qui provenait, sans doute, de la pression des arcades dentaires qui exerçaient une espèce d'étranglement sur l'endroit de la tumeur qui leur correspondait.

A partir de ces arcades, la partie antérieure de la langue était représentée par une tumeur pyriforme, aplatie d'avant en arrière, dont la base légèrement bilobée dépassait le menton d'un pouce et demi. La face antérieure et supérieure de cette tumeur avait un aspect rugueux et était couverte d'une quantité de petites granulations dont quelques-unes avaient acquis le volume d'une lentille. Ne doit-on pas attribuer ce phénomène à un développement plus grand des papilles de la langue sur plusieurs points de sa surface ? L'irritation entretenue par le contact de l'air et du petit sac de toile dans lequel la malade avait coutume de renfermer cette production vraiment hideuse et extraordinaire, ayant fait détacher l'épiderme. Alors on voyait à nu le corps

muqueux qui était rouge et enflammé et qui présentait même de légères excoriations dans quelques points. Les deux moitiés symétriques dont la langue se compose, étaient d'ailleurs assez bien indiquées par un sillon large et superficiel qui la divisait dans toute sa longueur.

La face inférieure de cette tumeur n'offrait pas de granulations ; elle était lisse et recouverte dans toute son étendue par la membrane muqueuse qui tapisse l'intérieur de la bouche. A sa partie moyenne, on voyait le frein de la langue tiraillé par le poids de l'extrémité antérieure de l'organe qui tendait sans cesse à l'entraîner en avant.

Ce repli membraneux s'était engagé dans l'intervalle des deux dents incisives moyennes de la mâchoire inférieure, et par son action prolongée, les avait écartées l'une de l'autre d'un espace de plus de trois lignes. De chaque côté du frein, étaient de petits ulcères qui servaient à loger les dents correspondantes de la mâchoire inférieure.

Une chose remarquable, c'est que toutes les dents moyennes de cette dernière rangée avaient été déviées de leur véritable direction ; elles n'étaient plus droites et perpendiculaires dans leurs alvéoles comme dans l'état naturel, mais elles suivaient la direction que leur avait imprimée le poids de la tumeur ; elles étaient toutes inclinées d'arrière en avant et de bas en haut, si l'on en excepte les grosses molaires, de telle sorte que la tumeur était supportée dans une espèce de gouttière formée par les incisives et les canines.

La malade n'avait pas d'ailleurs perdu complétement l'usage de la parole : elle balbutiait encore quelques mots et prononçait de manière à se faire comprendre, la déglutition se faisait également, quoique un peu difficile.

Examinée au toucher, la tumeur était molle et indolente dans toute son étendue, ne présentait aucune induration, et Marie ne se plaignait que d'un état de tension dans la base de la langue, éprouvant moins une douleur réelle, comme elle me l'a assuré depuis, que de la gêne par le volume énorme de la tumeur, par l'écoulement continuel qui inondait ses vêtemens et la difficulté de la déglutition. Le pouls était naturel et régulier et ne battait pas plus de soixante-quinze à quatre-vingts pulsations par minute.

Interrogée sur la marche qu'avait suivie une maladie si extraordinaire lors de son développement, Marie nous dit que dès l'âge de trois ans, elle avait eu mal à la langue. Sans pouvoir nous donner de plus amples détails sur cette première affection ; elle nous dit aussi que le volume de sa langue était toujours allé en augmentant, quoique d'une manière fort lente, jusqu'au 18 mai 1834, où tout-à-coup cet organe prit un développement considérable.

La malade dit que ce changement subit fut accompagné de violens maux de tête, de

perte d'appétit, et que ne pouvant plus se tenir debout, elle fut obligée de garder le lit pendant plusieurs jours.

Elle regardait tous ces symptômes morbides comme le résultat de l'exacerbation de l'état de la langue. Mais serait ce qu'au contraire la marche plus rapide de la maladie qui avait envahi celle-ci, n'aurait pas été le résultat de quelque affection aiguë survenue accidentellement; affections où l'on voit si souvent la langue prendre part aux désordres qui les accompagnent? C'est alors que, par son volume énorme, la langue ne pouvant plus être contenue dans la bouche, vint faire saillie au dehors par l'écartement des deux mâchoires. Elle continua à augmenter de volume jusqu'au mois d'août de la même année, où cette jeune fille se décida à venir réclamer des secours contre une affection qui, aussi gênante que dégoûtante, lui devenait insupportable.

C'est, d'après ce qui précède, que je crus devoir qualifier cette maladie d'*hypertrophie de la langue*, puisque cet organe ne présentait aucune altération ni dans sa forme ni dans sa texture, mais seulement une augmentation de volume, un développement plus grand de toutes les parties qui le composent.

L'examen de la pièce pathologique, qui fut fait après l'opération, me confirma encore dans mon opinion.

Comme la portion antérieure de la langue était la plus tuméfiée, et que sa base était à-peu-près dans son état naturel, je me décidai à n'enlever que la portion qui dépassait les arcades dentaires, persuadé que, celle-ci une fois retranchée, la partie postérieure ne tarderait pas à se dégorger.

Mon plan était de détacher toute la portion que je voulais enlever, au moyen de deux incisions qui, se réunissant à angle aigu, formeraient un V, dont le sommet regarderait en arrière et la base en avant, puis de réunir les deux lambeaux au moyen de trois points de suture entrecoupée; j'espérais conserver ainsi la forme naturelle de la langue, en lui faisant une pointe artificielle, mais un accident imprévu m'empêcha de mettre ce plan à entière exécution. Voici donc de quelle manière je fis mon opération :

La malade, étant assise sur une chaise élevée vis-à-vis d'une croisée, la tête fixée contre la poitrine d'un aide et les mâchoires maintenues écartées au moyen de morceaux de liége placées en arrière entre les arcades dentaires, la langue déjà hors de la bouche, fut fixée et saisie de chaque côté par deux pinces préalablement garnies de linge, et qui devaient s'opposer ainsi aux mouvemens de rétraction involontaire de la jeune malade, qui d'ailleurs montra beaucoup de courage pendant tout le temps de l'opération.

Alors un bistouri à lame droite et aiguë fut planté à la partie moyenne de la langue à environ un pouce au-delà de la portion qui correspondait aux arcades dentaires.

La langue ayant été pincée à sa pointe par ma main gauche qui l'attirait à moi, puis

coupant contre moi avec le bistouri qui avait traversé l'organe de part en part, et le ramenant obliquement d'arrière en avant et de dedans en dehors, je fis un lambeau à gauche d'un pouce de longueur. J'allais procéder de la même manière du côté droit, lorsque la langue échappa à la pince qui la tenait de ce côté.

La symétrie, qui devait exister entre les deux incisions, fut détruite, ce qui fit que le lambeau droit fut plus court que le gauche, et alors ne pouvait pas être appliqué exactement pour opérer la réunion immédiate projetée. J'y renonçai donc, et après avoir posé une ligature sur chaque artère ranine, j'enlevai avec les ciseaux ce que le lambeau du côté gauche avait d'excédant sur celui du côté droit : abandonnant la résection opérée, et les artères ranines liées, restait une petite artériole qui donnait encore du sang; je la touchai légèrement avec une pointe de feu, et je supprimai ainsi l'hémorrhagie.

L'opération terminée, on reconduisit la malade dans son lit. Elle se plaignait d'une douleur vive dans le larynx, et parlait beaucoup plus distinctement qu'auparavant. On la mit à l'usage de la potion antispasmodique suivante, après l'avoir engagée à garder le silence :

Eau distillée de tilleul	
— de mélisse	ââ 2 onces.
— de fleurs d'orang.	
Sirop de gomme. . . .	1 once.
— de pavots blancs. .	1/2 once.

Mêlez pour prendre par cuillerée à bouche, d'heure en heure.

Je prescrivis également un gargarisme fait avec une décoction d'orge édulcorée avec le miel rosat; pour sa boisson ordinaire une décoction de chiendent édulcorée avec le sirop de vinaigre. Diète absolue.

Elle souffrit beaucoup pendant les six ou huit jours qui suivirent l'opération de la douleur dont nous avons parlé; ensuite cette douleur se calma peu-à-peu, et Marie put goûter quelques heures de repos pendant la nuit.

Le lendemain matin, le moignon était très gonflé et très douloureux, il y avait fièvre; je continuai le même régime, et permis cependant deux tasses de bouillon de veau.

Le deuxième jour, 13 du mois, la tuméfaction était déjà moindre; cependant la fièvre continuait; même prescription, seulement je supprimai la potion antispasmodique.

Le 14, le moignon commença à se dégorger.

Le 15, qui était le cinquième jour de l'opération, la plaie a commencé à se déterger, la fièvre a sensiblement diminué; je permis un petit potage de semoule à la malade. Dès-lors, l'état de la blessure continua à s'améliorer de plus en plus, et la cicatrisation

marcha avec rapidité sans qu'elle ait été entravée par aucun accident. En moins de trois semaines, la guérison a été complète, les bords de la plaie, en se réunissant, ont rapproché les deux petits lambeaux l'un de l'autre, et aujourd'hui la forme de l'extrémité de la langue se rapproche beaucoup de celle de l'état naturel. Les dents que le poids de la tumeur avait déviées se sont aussitôt redressées peu-à-peu, et les deux arcades dentaires se touchent parfaitement dans leur rencontre; ce qui n'avait pas lieu immédiatement après l'opération, où il restait en avant un vide à passer le bout du doigt.

La jeune Marie n'a conservé que très peu de difficulté dans la prononciation; difficulté qui d'ailleurs disparaîtra avec le temps.

Sept semaines se sont déjà écoulées depuis l'opération : pendant cet espace de temps Marie a continué à jouir d'une bonne santé; elle a pris des couleurs, de l'embonpoint, parle mieux, chante même, et tout me porte à croire que la guérison sera radicale.

N° 26. — *Hypertrophie de la langue. — Guérison par le procédé de Boyer.* — M. Mussey, *à New-York.* — (*Gazette médicale*, 1838, page 394).

John Hatih, âgé de 13 ans, avait en naissant la langue plus grosse qu'à l'état normal. A l'âge de 9 mois cet organe a commencé à pendre de la bouche et a fait toujours des progrès depuis. Il a été présenté à M. Mussey le 13 octobre 1837. A l'examen il trouva l'état suivant :

La langue pend hors de la bouche et offre des dimensions énormes. Mesurée, du niveau de la lèvre supérieure à sa pointe, elle offre 5 pouces 1/2, de la pointe à la lèvre inférieure, 3 pouces : le grand diamètre transversal est de 2 pouces 3/4, le grand diamètre vertical est de 2 pouces 1/2; la circonférence à la partie la plus longue est de 8 pouces.

La partie antérieure de la mâchoire inférieure est défectueuse, elle a grandi dans le sens inférieur; de sorte que, quand les molaires postérieures se mettent en contact avec les supérieures, les incisives font saillie en avant, presque horizontalement et se trouvent à 1 pouce 1/2 au-dessous.

Dans l'état ordinaire de la bouche, la langue du petit malade offre à l'endroit où elle sort des dents et des lèvres, 2 pouces dans son diamètre vertical. Sur ce point en effet elle est presque exactement cylindrique, un peu aplatie de haut en bas, lorsque les dents postérieures sont rapprochées ensemble.

Par suite de la grande étendue de la mâchoire inférieure, les dents bicuspides, cuspides et incisives sont très éloignées entre elles : ces dents sont d'ailleurs tellement incrustées de tartre que la cuspide et l'incisive ont un diamètre triple du naturel.

Dans la position habituelle que la langue avait prise, il n'existait aucun espace entre

la lèvre supérieure et la langue. Cet effrayant organe de la parole avait l'apparence d'une immense bougie fourrée dans la bouche comme pour dilater cette cavité au plus haut degré dont elle soit susceptible.

L'enfant est en croissance, a la mine pâle et faible, et ne s'est jamais très bien porté. Il ne peut articuler que quelques mots inintelligibles; il couvre sa langue d'un mouchoir et a un écoulement continuel de salive. Dans l'hiver, lorsqu'il patine avec les autres enfans, on lui voit des filons de glace descendre de la langue sur la poitrine.

Opération. — Après avoir préparé pendant quelques jours le petit malade, M. Mussey l'a opéré d'après le procédé de M. Harris de Philadelphie. Il a commencé par disséquer la langue du plancher de la bouche dans l'étendue de 3/4 de pouce environ. Il a plongé ensuite un bistouri étroit dans la langue de bas en haut, un peu en dehors de la ligne médiane, et l'a fait couper d'arrière en avant et de dedans en dehors, sur le bord lingual correspondant. Il lie les vaisseaux divisés et pratique la même opération du côté opposé de l'organe. Enfin il a divisé avec le bistouri l'isthme moyen, enlevé ainsi la portion moyenne qui a la forme d'un A, et réuni les deux languettes latérales à l'aide de plusieurs points de suture. La guérison de la plaie a été prompte. Il restait cependant la régularisation des dents à exécuter et l'élévation de la mâchoire; la première a été faite peu de temps après; la seconde est l'œuvre du temps et de la nature. Une mentonnière a été employée dans ce but. En trois semaines la langue a diminué de 1/2 pouce dans son diamètre vertical; la prononciation a beaucoup gagné, et cette amélioration est évidemment progressive.

N° 27. — *Prolapsus de la langue guérie par la compression et l'extraction de quatre dents molaires. — Clinique chirurgicale de Montpellier.* — (Delpech. — *Gazette des Hôpitaux.* 1831, page 352).

Depuis cinq ans une jeune Espagnole de 26 ans, avait un déplacement de la langue qui s'était accrue jusqu'à surpasser dix fois son volume naturel, sa pointe dépassait de beaucoup le niveau du menton, elle remplissait en entier la bouche et devenait verticale au-delà de l'arcade dentaire et de la lèvre; les piliers antérieurs du voile du palais avaient été attirés obliquement, les amygdales étaient déplacées en avant; les dents inférieures en avant étaient déviées et divergentes, la lèvre inférieure déviée et infiltrée; la salive coulait sans cesse surtout en mangeant; les dents latérales étaient recouvertes par la langue; la malade ne pouvait être nourri que de bouillons, de soupes légères, de lait et de fécules : aussi son lait (elle nourrissait) était-il peu abondant et son enfant dépérit et succomba bientôt.

Regardant cet accroissement comme un œdème, on tenta la compression, qui d'abord

sembla devoir réussir ; la langue fut réduite plusieurs fois au point de pouvoir être ramenée en entier dans la bouche ; mais bientôt une fluxion inflammatoire s'en emparait et l'œdème revenait au même point ; ceci du reste se passait de cette manière et à courts intervalles depuis 5 ans, au dire de la malade ; la fluxion se formait autour d'un noyau d'engorgement central, dur et douloureux à la pression qui persistait constamment. Rien ne pouvait expliquer l'intermittente régularité de ces fluxions (tous les mois) ; les règles allaient bien, aucune hémorrhagie, aucun flux n'avait été supprimé ; des sangsues, des bains locaux furent employés à plusieurs reprises, la compression à l'époque de la fluxion surtout, des bains, et la saignée du pied, la glace sur la langue et le pourtour, la privation des alimens, les drastiques, etc., tout échoua.

La langue ayant été réduite une fois à l'état naturel, on s'aperçut que bien qu'elle fût réduite, la bouche ne pouvait se fermer ; l'empêchement ne venait pas des doloires faites sur cet organe, la langue ne débordait pas sur les dents, on enleva le bandage et la bouche resta entr'ouverte ; en faisant battre les mâchoires l'une contre l'autre, un choc sonore avait lieu ; ce choc provenait des dents molaires inférieures qui avaient pris une direction tellement oblique en dedans, que leurs tubercules extérieurs venaient battre sous le milieu de la table des molaires supérieures et formaient une cale qui tenait les mâchoires écartées. Il fallait donc, pour que la mâchoire se fermât, supprimer cet obstacle.

Ne pouvant se décider à abattre tous les tubercules dentaires, on arracha les deux molaires inférieures de chaque côté ; dès-lors le rapprochement fut très grand sans que pourtant les incisives pussent se croiser ou même se toucher ; mais la mastication était devenue possible et l'usure des dents devait amener naturellement le reste ; la langue réduite pouvait être maintenue. On supprima la compression, on tint les mâchoires rapprochées par une cravate nouée sur le sommet de la tête ; la malade eut le soin de ne pas permettre le déplacement de sa langue pendant la mastication ; et ses soins ont suffi pour faire disparaître tout engorgement et jusqu'au noyau dur central. De jour en jour l'usure des tubercules dentaires amène un rapprochement plus complet, le volume de la langue devient de plus en plus naturel et l'articulation de la parole est libre, bien que les incisives ne se touchent pas encore, déjetées qu'elles ont été en avant par le poids de la langue. Cette cause cessant, elles reviendront sans doute à leur direction normale, par l'action dépressive des lèvres.

N° 28. — *Hypertrophie et prolapsus congéniaux de la langue. — Guérison par la glossotomie.—Observation du docteur Federici.—(Archives génér. de médecine*, t. v, 1844, p. 372).

Dans cette observation, il est question d'un enfant né d'une mère bien portante, et

qui à sa naissance présentait une hypertrophie de la langue et une tache comme de brûlure à la lèvre inférieure. En peu de mois, la maladie fit de tels progrès, que l'organe de la gustation était presque entièrement chassé de la bouche et venait tomber sur le menton. Avec les années cette monstruosité se développa énormément, et le pauvre enfant ne pouvait émettre que des sons monotones et étouffés. Encore était-il forcé, pour arriver à ce résultat, de contracter spasmodiquement tous les muscles de la face, et principalement ceux des joues et de l'œil gauche. Dans cet état, le docteur Federici proposa la glossotomie. A l'aide de deux incisions, qui se réunissaient à angle aigu à la base de la langue, il emporta toute la partie exubérante de cet organe. Rapprochant ensuite les deux surfaces saignantes, il les maintint en contact à l'aide de trois points de suture entrecoupée. La réunion fut parfaite, et le vingt-sixième jour cet enfant était délivré de sa difformité, la parole était rétablie et la convalescence était confirmée. Le 9 mars, il fut présenté à la Faculté de médecine de Naples, qui constata la guérison parfaite (*Giornale dei progressi*, juin 1843).

N° 29. — *Prolongement congénital de la langue. — Observation de* MM. Percy frères. — (*Dictionnaire des sc. méd.*, t. XXVII, page 246).

Élisabeth Theis, de Pétersbach, département du Bas-Rhin, apporta en naissant une langue qui représentait une gueule de grenouille, à laquelle on fit peu attention puisque l'enfant tetait bien et avalait sans peine la bouillie. A l'âge de trois ans, elle suivit ses parens au bois pour y manger des fraises, et les premières qu'elle avala lui causèrent une douleur si forte qu'elle poussa des cris perçans. La mère inquiète examina la partie qui faisait tant souffrir sa fille, et s'aperçut que la langue de cette enfant avait acquis un volume considérable qui depuis alla en augmentant jusqu'à ce qu'elle ait acquis le volume qu'elle présenta à notre examen (c'est feu Percy qui parle). La jeune fille avait alors 18 ans : la langue était dure sur les bords et dans son milieu, elle remplissait tellement la bouche qu'on ne pouvait en voir ni les côtés ni le fond : cependant cette jeune personne lit, parle assez distinctement et chante bien ; lorsqu'elle veut manger, elle est obligée de pousser avec ses doigts les alimens qu'elle introduit par les deux côtés de la bouche. La langue semble être enclavée dans la mâchoire inférieure, et ce n'est que quand on veut la soulever pour l'examiner qu'elle devient et reste douloureuse pendant plusieurs jours. Cette jeune personne n'a pas voulu se soumettre à l'opération que lui avaient proposée ensemble MM. Percy frères, et nous avons appris depuis qu'elle vivait encore conservant sa dégoûtante infirmité.

N° 30. — *Prolongement chronique de la langue. Ligature. Guérison. — Observation due à* M. Mireau — (*Dict. des sc. méd.*, t. XXVII, page 248).

Le nommé Matthieu Raffaut, âgé de 33 ans, de la commune de Huisme, départe-

ment d'Indre-et-Loire, naquit avec des dispositions qui pouvaient faire présager l'inconvénient dont il fut incommodé par la suite. Peu après sa naissance on s'aperçut qu'il avait la langue plus volumineuse que dans l'état ordinaire; elle s'engagea dans l'ouverture de la bouche qu'elle dépassa bientôt. A l'âge de 20 ans, il lui survint un abcès considérable sous le menton, précédé de l'engorgement des glandes sublinguales et maxillaires. Il fut sur le point de succomber : mais le foyer s'étant fait jour de lui-même, la suppuration abondante remit toutes les parties à l'aise, et il guérit sans presque aucun des secours de l'art.

Depuis cette époque on s'aperçut que la langue grossissait de plus en plus. Je lui proposai de le traiter gratuitement, et il se rendit chez moi, à Angers.

Le 16 septembre 1813, je fis trois ligatures, qui partageaient en trois parties égales la largeur de la langue avec un cordonnet de soie passé à l'aide d'une grosse aiguille courbe, aussi avant dans la bouche qu'il me fut possible. Je les resserrai les 20 et 26, et la masse tomba le 29, pesant encore 13 onces 1/2 malgré le dégorgement qui se fit pendant le traitement et le flux baveux qui eut lieu sans interruption pendant les deux derniers jours. J'avais soin de l'injecter fréquemment avec l'eau d'orge miellée, aiguisée de vinaigre.

La langue épaisse, variqueuse, resta surbaissée sans ressort et ressemblait à une hotte. Toute la membrane muqueuse de la bouche demeure encore fongueuse et variqueuse, ce qui lui fait paraître le bas de la figure évasé et même difforme. Les quatre dents incisives inférieures étaient déjetées en avant et couchées dans une direction horizontale. Je m'occupai de les redresser m'étant adjoint M. Dangeais dentiste fort adroit. Il employa tous ses moyens pendant un mois, mais voyant que nous faisions peu de progrès, j'en recherchai la cause et m'aperçus que les alvéoles étaient aussi renversées. Alors je désespérai du replacement et en fis l'extraction de suite, parce qu'elles s'opposaient à la résection de l'exubérance de la lèvre, que je fis trois jours après, comme elle se pratique pour un bouton chancreux.

Maintenant le reste de la langue tapisse encore le fond de la bouche; sa base peut s'élever et presser le bol alimentaire contre la voûte palatine, il articule les sons et se fait assez bien entendre.

N° 31. — *Glossocèle ou gonflement hypertrophique de la langue, guéri par les purgatifs. — Observation par M. Ruhbaum à Rathenow* — (*Archives génér. de médec.*, tome II, 1843, p. 95).

Une enfant de 6 ans, bien constituée et née de parens sains, éprouvait depuis 3 mois une grande difficulté dans la parole; à la même époque la langue commença à faire, entre les lèvres, une saillie qui devint de plus en plus considérable : si bien que la bouche ne pouvait plus se fermer et que la salive s'écoulait continuellement aux angles de

la bouche. Lorsqu'elle fut amenée à M. Ruhbaum, la langue épaisse, élargie, ne trouvait plus dans la bouche une capacité suffisante pour la contenir, et faisait saillie au dehors. La surface supérieure était enduite d'une légère couche de mucosités blanchâtres, au-dessous de laquelle on apercevait une quantité considérable de points bleuâtres qui devenaient, à la base, de véritables granulations assez volumineuses, qu'un examen attentif fit reconnaître pour les papilles volumineuses et anormalement hypertrophiées; sur les côtés, les dents avaient imprimé de profonds sillons à bords aigus, et toute l'épaisseur de la langue offrait des bosselures, des inégalités considérables et une dilatation variqueuse des vaisseaux, marquée surtout sur les côtés du filet. Toute la langue offrait une coloration rouge assez foncée, était molle et douloureuse à la pression; elle était généralement recouverte, à la face supérieure, d'un enduit blanchâtre. La mastication et la déglutition étaient très difficiles, mais non douloureuses. La respiration ne pouvait se faire que par le nez, ou par la bouche largement ouverte. Du reste, aucun des organes contenus dans la cavité buccale ou dans l'arrière-bouche, ni les glandes, n'offraient de symptômes morbides. Il n'y avait de douleur nulle part, les battemens du cœur étaient normaux, l'appétit, les digestions faciles et les évacuations alvines régulières. M. Ruhbaum prescrivit des lotions de la bouche et de la langue avec de l'eau pure et plus tard avec de l'eau légèrement chlorurée. Ces lotions devaient être répétées tous les quarts d'heure. En outre la malade fut mise à la diète et soumise à l'usage journalier d'une infusion de séné avec 10 grammes de sulfate de soude. Ce traitement fut continué pendant quatorze jours, au bout desquels la langue pouvait rentrer dans la cavité buccale. Elle avait également perdu sa teinte rouge foncé pour devenir rosée.

Après quatre semaines l'enfant parlait avec assez de facilité. La mastication, la digestion et la respiration s'accomplissaient sans gêne notable. La langue perdit ainsi peu-à-peu sa structure hypertrophique et variqueuse. Au bout de dix semaines la guérison fut complète (*Casper's Vochenschrift*, 1842; n° 28).

N° 32. — *Prolongement chronique de la langue. Amputation. Guérison. — Observation de* MM. Percy frères. — (*Dictionnaire des sc. médic.*, t. XXVII, page 246.)

Le 28 juillet 1785, en présence de MM. Lombard, chirurgien-major de l'hôpital militaire de Strasbourg, Maréchal, chirurgien en chef de l'hôpital civil de la même ville et d'un grand nombre d'autres hommes de l'art, attirés par la nouveauté du cas, l'un de nous (M. Percy) opéra Philibert Hœnhumer, habitant d'Offenbourg, âgé de 16 ans, frère jumeau d'un jeune homme bien fait et sans difformités, lequel Hœnhumer était né avec une langue volumineuse et hors de la bouche, dont l'augmen-

tation n'avait commencé à être sensible qu'à l'âge de 8 ans. A cette époque, son père, pauvre ouvrier, avait imaginé de le mener aux foires et marchés et de le donner en spectacle à côté de son frère jumeau moyennant une faible rétribution. Arrivé à Strasbourg, le préteur Gérard le présenta au maréchal de Contade, gouverneur de l'Alsace, et ce respectable vieillard, le prenant sous sa protection, le décida à se laisser opérer, dans le cas où des chirurgiens consultés à cet effet, déclareraient possible la guérison d'un mal si étrange. La langue était violette, toujours couverte d'un enduit sale, tombant 3 pouces plus bas que le menton, ronde à son extrémité, ayant renversé les dents de la mâchoire inférieure, présentant à sa base 2 pouces 1/2 d'épaisseur, remplissant toute la concavité buccale, ne permettant de respirer que par le nez, s'opposant à l'ingestion des alimens solides, mais permettant de prendre des panades, des soupes mitonnées, des bouillons et surtout des boissons dont le jeune homme s'était habitué à abuser, au point qu'il buvait jusqu'à dix pots de bière par jour, quand il pouvait se les procurer. Après avoir long-temps délibéré loin du malade, comment il serait procédé à l'opération, nous convînmes que la langue serait fendue dans sa longueur et dans toute son épaisseur, et que les deux portions en seraient retranchées le plus haut qu'on pourrait. Les cautères actuels furent mis au feu, les aiguilles enfilées, le linge, la charpie, les astringens et styptiques préparés, tout enfin fut prévu et disposé comme si nous eussions dû avoir une terrible hémorrhagie, quoique j'eusse lu dans les observations que rarement, en pareil cas, le sang eût été difficile à arrêter. La langue fut donc partagée en deux, et chaque lambeau promptement séparé; tellement que le tronçon formait une pointe épaisse que je coupai en biseau pour la faire rentrer plus aisément dans la bouche. Nous laissâmes couler le sang pendant quelques minutes pour dégorger la portion restante de la langue; ensuite nous pûmes l'arrêter avec l'eau de Rabel étendue d'eau ordinaire. Les dents incisives et canines des deux mâchoires déjetées en dehors presque horizontalement et branlantes furent enlevées ; la mâchoire inférieure fut un peu relevée, non sans douleur ; les lèvres se replacèrent un peu et en moins d'un quart d'heure, Hœnhumer auparavant si laid, si dégoûtant, ne fut plus reconnaissable. En quinze jours la guérison fut complète. Il commença à mâcher autant que sa mâchoire inférieure inaccoutumée à se mouvoir, le permit ; sa parole fut assez distincte pour qu'il pût se faire comprendre ; il courut les rues et ce fut à qui lui ferait un petit présent, de sorte qu'il retourna dans son pays le 30 août suivant, avec près d'une livre de langue de moins et beaucoup d'argent qu'il avait reçu de toutes parts.

N° 33. — *Observation d'une langue de grosseur démesurée ; par Pierre Fine, chirurgien en chef de l'hôpital général de Genève* (*lue à la Société le* 16 *novembre* 1813). *Ligature. Guérison.*— (*Journal de Sédillot*, tome XLIX, page 224).

Marie-Suzanne Limond, âgée de six ans, de la commune de Phei, près Cluses, département du Léman, me fut amenée par ses parens en mai 1813 ; elle portait une langue monstrueuse qui sortait de la bouche de quatre travers de doigt, et qui dépassait d'un pouce le menton considérablement abaissé. Cet organe mesuré, près du frein, avait 6 pouces et demi de circonférence ; sa grosseur était presque la même jusqu'à son extrémité ; la partie renfermée dans la bouche semblait être un peu moins volumineuse que l'autre : celle-ci présentait un renflement à sa face supérieure immédiatement après sa sortie de cette cavité. La langue était dans toute son étendue d'une couleur très foncée et d'un tissu en apparence squirrheux à l'exception d'une portion de 3 lignes de largeur qui régnait le long de son côté gauche, et qui paraissait avoir conservé sa texture naturelle et ne s'être allongée que par le développement morbifique des parties environnantes : cette dernière portion offrait seule des mouvemens musculaires. La mâchoire inférieure, fortement abaissée, était très écartée de la supérieure ; ses dents antérieures, qui n'étaient pas encore tombées, se trouvaient déjetées en avant (quoique primitivement elles n'eussent point cette direction), vacillantes et fortement incrustées de tartre : la lèvre inférieure était également renversée en devant ; il y avait un écoulement continuel de salive.

Cette enfant avait beaucoup de peine à se faire comprendre. Elle ne pouvait se nourrir que d'alimens très divisés qu'elle plaçait dans le côté gauche de la bouche entre l'arcade alvéolaire supérieure et la langue, et qu'elle avalait ensuite, par le mouvement de cet organe, au moyen de ses muscles extrinsèques. Pendant la déglutition, la langue ne sortait pas autant de la bouche qu'à l'ordinaire ; elle se courbait et devenait un peu convexe du côté droit, par l'action de la petite partie du côté gauche, dont il a été fait mention.

Le père de la malade croit que la désorganisation de la langue n'a commencé que vers la fin de la première année de sa naissance, par trois boutons survenus à l'extrémité de cet organe. Il prétend que ces trois boutons disparurent ; qu'ensuite la langue devint plus grosse ; que c'est à l'âge de deux ans qu'elle a commencé à sortir de la bouche, et qu'elle a acquis insensiblement le volume qu'elle avait quand je l'ai observée.

Quelques-uns de mes collègues, consultés sur cette affection morbifique extraordinaire s'accordèrent à penser qu'il fallait retrancher par la ligature la plus grande partie possible de la langue.

M. de Bierken ayant publié récemment un cas semblable à celui-ci, je crus devoir suivre avec quelques modifications cependant, le procédé qui lui avait si bien réussi. La ligature se fit, le 8 juin, de la manière suivante :

Avec deux aiguilles courbes, portant chacune une ligature blanche et une noire, afin de pouvoir les distinguer facilement, je traversai la langue de bas en haut dans les deux tiers de sa largeur à droite et à gauche, aussi près que possible de sa paroi adhérente à la partie inférieure de la bouche. Les ligatures blanches me servirent à lier les parties latérales de cet organe, et les noires, dont je nouai les bouts supérieurs pour qu'elles ne formassent qu'un seul cordon, à en lier la partie moyenne : au moyen de trois serre-nœuds, j'étreignis les trois portions de la langue comprises dans les ligatures.

La langue se gonfla au-dessous des ligatures, elle devint plus dure et d'un rouge plus foncé : néanmoins il ne survint point d'accidens remarquables ; la fièvre fut même très légère, et l'enfant pouvait avaler les liquides avec un biberon. Les ligatures furent serrées de nouveau chaque jour, sans produire beaucoup de douleur. La partie de la langue, située au-dessous, continua à augmenter de volume, et prit une couleur noirâtre. Celle qui était au-dessus se gonfla aussi, mais bien peu. D'ailleurs la malade se portait assez bien, avait peu ou point de fièvre, et faisait d'assez bons sommes.

La suppuration, qui résultait des entailles faites à la langue par les ligatures, était très fétide, comme cela arrive dans tous les ulcères abreuvés par la salive.

Le 16, la portion de langue, comprise dans les ligatures, se sépara ; elle pesait plus de 5 onces.

On s'est servi d'un gargarisme en injection pour déterger la partie ulcérée. Le moignon de la langue s'est dégorgé au bout de quelques jours ; mais il est resté assez gros ; la lèvre inférieure s'est relevée.

Après la séparation de la langue les mâchoires étaient écartées d'un pouce et demi. L'inférieure restait habituellement abaissée ; il fallait que la jeune fille fît quelques efforts pour la rapprocher un peu de la supérieure, et alors elle était portée plus en devant qu'elle ne doit l'être naturellement.

On pouvait croire que la disposition des facettes de l'articulation de la mâchoire inférieure avec l'os des tempes avait dû se ressentir de la nécessité où la malade s'était trouvée de tenir continuellement, depuis quatre ans, cette mâchoire abaissée, et que ce ne serait qu'avec le temps que ces facettes pourraient recouvrer leurs rapports naturels en entier. C'est dans la vue de parvenir plus promptement à ce but, que je conseillai de maintenir la mâchoire inférieure aussi rapprochée que possible de la mâchoire supérieure par le moyen d'une petite fronde aux quatre coins de laquelle étaient cousus des rubans qui allaient se fixer à deux boucles aussi de rubans placés sur chaque côté d'un bonnet. Ce moyen a rempli mon attente plus tôt que je ne l'espé-

rais ; car quatre mois après l'opération, les mâchoires restaient tout naturellement rapprochées, seulement l'inférieure était encore portée un peu plus en avant qu'elle devait l'être : aussi donnai-je alors une direction différente à l'action de la fronde. Cette jeune fille parle maintenant d'une manière très intelligible.

Quand l'ulcère du moignon de la langue fut cicatrisé, je fis extraire les dents vacillantes, parce que leur encroûtement de tartre entretenait l'irritation et le gonflement des gencives.

N° 34. — *Langue monstrueuse. — Observ.* (*avec figure*) *de Maurand, chirurgien à Martigues, en Provence.*—(*Journal de Vandermonde*, t. XV, page 156).

L'on verra dans la figure ci-jointe, une langue de l'épaisseur de 2 pouces, sortant de la bouche, de la longueur d'environ quatre travers de doigts avec la même épaisseur à quelques lignes près jusqu'au bout. A l'endroit où elle commence à sortir de la bouche, elle a sa plus grande épaisseur, et les mamelons nerveux sont farcis d'un limon noirâtre et épais qui ressemble à une croûte d'où découle continuellement une salive gluante et si abondante qu'elle pourrit bientôt tous les linges et toiles cirées qu'on met pour la recevoir.

Comme les mères trouvent toujours dans leur imagination quelque chose qui a du rapport avec les marques qu'elles voient imprimées sur leurs enfans, la mère de celui-ci attribue cette monstruosité à une forte envie qu'elle eut de manger d'une langue de bœuf, dont son mari se régalait avec ses amis, à son insu.

Je pense que tous ceux qui verront cette figure, demanderont comment cet enfant a pu vivre avec une pareille langue, comment il s'y prend pour mâcher les alimens solides et les avaler et s'il peut articuler des sons pour se faire entendre.

On ne saurait trop admirer les efforts de la nature pour la conservation de son individu. Cet enfant mâche et avale les alimens tant solides que liquides avec facilité, parle et chante même. Voici comment tout cela s'exécute, à ce que je crois.

Les dents incisives et canines des deux mâchoires sont tombées et ne sont plus revenues ; s'il en reste quelques-unes, ce sont des chicots qui ne débordent guère les alvéoles ; la mâchoire inférieure s'est recourbée dans son milieu, ce qui forme une échancrure où se loge cette monstrueuse langue, tandis que les dents molaires des deux mâchoires s'entre-touchent et servent à la mastication.

La grande liberté qu'a l'enfant dans la mâchoire inférieure fait qu'il la porte beaucoup plus en avant et en arrière que les autres hommes. La langue qui pend hors de cette bouche, suit les mouvemens de la mâchoire et lui facilite la déglutition. Je crois que l'on peut attribuer à la même facilité les mouvemens de la mâchoire inférieure, la production des sons, puisque dans les divers mouvemens, la langue remplit plus ou moins la voûte du palais et laisse le vide nécessaire pour que l'air qui sort

du larynx puisse frapper contre la même voûte, s'échapper et former des sons articulés.

Cette langue, après la naissance de cet enfant, paraissait plus longue et plus épaisse qu'à l'ordinaire et l'empêchait de teter. Le chirurgien qui fut appelé alors l'ayant examinée, trouva qu'elle était adhérente aux gencives de la mâchoire inférieure par une tumeur spongieuse, grosse comme une petite aveline ; il fit tout son possible pour séparer de la langue cette tumeur ; mais l'hémorrhagie, qui fut considérable, l'intimida. Dans la suite, ce qu'on avait commencé de diviser, se réunit ; le tumeur s'accrut d'un jour à l'autre et envahit, pour ainsi dire, le corps de la langue, avec laquelle elle parut ne faire qu'un même tout ; de sorte qu'en très peu de temps, on ne put faire de différence entre la tumeur et la langue.

Dans cet intervalle, l'enfant ne vivait que d'alimens liquides ou de la boullie qu'on lui introduisait fort avant dans la bouche pour la lui faire avaler, ce qu'il exécutait en retirant la mâchoire inférieure beaucoup plus en arrière que la supérieure. Par ce moyen même, il parvenait à lier, comme on dit, le mamelon à tetter ; et c'était un plaisir, à ce qu'on rapporte, de voir avec quelle vitesse et quelle dextérité, le jeune enfant, instruit par le besoin, avançait et reculait la mâchoire inférieure pour sucer le lait. A mesure que l'enfant croissait en âge, sa langue croissait aussi ; enfin elle est parvenue au point où on la voit dans la figure.

N° 35. — *Observation de prolongement chronique de la langue guérie par la compression* (Fréteau, *Journ. de Sédillot*, 57).

Le premier mai 1806, je reçus de M. Manceau, chirurgien de Montfaucon, petite ville distante de huit lieues de Nantes, la lettre suivante : « Pourriez-vous avoir la complaisance de vous transporter ici pour une maladie aussi rare qu'opiniâtre : c'est un engorgement considérable de la langue, qui, depuis six semaines résiste à tous les moyens qui ont été employés par moi ainsi que par les médecins de la Romagne, de Beaupreau, de Chales. Cette langue est sortie hors de la bouche dans la longueur d'environ 4 pouces sur 3 de largeur et 1 d'épaisseur. La faiblesse de la malade devient chaque jour plus grande, en raison de la perte excessive de salive et du peu de nourriture qu'elle prend, ne pouvant avaler que du bouillon et du lait au moyen d'un chalumeau. Un grand nombre de sangsues a été appliqué autour du cou et sur la langue même : des scarifications profondes ont été pratiquées de sa base à sa pointe, et tout cela sans succès. Je pense qu'il n'y a de ressource que dans l'amputation, la langue paraissant participer de l'engorgement carcinomateux. Une sanie infecte découle continuellement du pourtour de cette tumeur. Je vous prie d'apporter les instrumens nécessaires pour pratiquer cette opération. »

Comme il m'était impossible de me rendre à Montfaucon, et que d'ailleurs le cas me paraissait trop épineux pour aller seul en décider, j'écrivis à M. Manceau de déterminer sa malade à faire le voyage de Nantes, et de nous donner la satisfaction de l'accompagner; ce qui fut accepté. La patiente fit la route à cheval, ayant sa langue contenue dans un sac.

Dès le jour de l'arrivée, je rassemblai ceux de mes confrères qui s'occupent plus particulièrement de chirurgie. Et l'on fut généralement d'avis que cette maladie n'offrait d'autre ressource que la soustraction de la portion de la langue sortie hors de la bouche, cet état fâcheux ayant lieu depuis quarante jours, malgré l'emploi des sangsues, des vésicatoires, de tous autres moyens révulsifs et dérivatifs indiqués, et surtout des scarifications profondes.

On ne pouvait se dissimuler que les médecins qui avaient primitivement donnés des soins à la malade, avaient fait application de tous les moyens connus de traitement, et que dans l'état de nos connaissances, il ne restait véritablement d'autres ressources que l'amputation.

Cependant, tout en admettant la nécessité de recourir à ce moyen extrême, je me tins fort éloigné de son exécution; il eût fallu se fixer sur le procédé à employer; et loin de m'en occuper, je ne songeais qu'aux moyens d'éviter l'amputation. Je m'y trouvais suffisamment autorisé par l'état particulier de la langue, qui ne me paraissait avoir rien de réellement *carcinomateux*. En effet son engorgement pouvait être comparé au développement et à l'endurcissement qu'acquiert quelquefois le gland dans le paraphimosis. Je fus conduit par cette analogie à des idées de compression de cette langue; le docteur Rouillard les approuva. Nous fîmes ensemble avec une scrupuleuse attention l'examen de la partie malade, et nous pûmes nous convaincre que les dents de l'une et l'autre mâchoires exerçaient une action immédiate et continue sur la langue et qu'elles la tenaient en quelque sorte étranglée. En cherchant à connaître précisément ce qui se passait à la surface inférieure de cet organe, nous aperçûmes que les dents incisives s'y trouvaient enfoncées et qu'elles étaient renversées, ainsi que la lèvre inférieure. Au reste, la portion de la langue contenue dans la bouche paraissait dans son état naturel, à cela près d'un léger empâtement au côté droit.

La malade était une jeune femme de 24 ans, très pusillanime, et qui (malgré qu'on lui eût assuré que, pour faire rentrer sa langue, on en couperait qu'un petit bout) craignait néanmoins beaucoup cette opération; elle demandait avec instance qu'on la guérît d'une toute autre manière; mariée depuis un an, ses règles manquaient, sans cause connue, depuis six mois.

Si une première cause, dont on retrouvait difficilement la trace, avait pu amener un gonflement considérable dans la langue, et son prolongement hors la bouche, il était

manifeste que la pression continuelle de l'une et l'autre mâchoires avait agi secondairement, de manière à empêcher la partie sortie de se dégager et de rentrer. Ces considérations m'éloignèrent entièrement de tout projet d'amputation, et je ne songeai plus qu'à remédier à l'étranglement de la langue et à diminuer son volume. Ainsi, faire cesser l'action permanente et fâcheuse des mâchoires sur cette organe, ramollir et réduire la partie sortie par une compression uniforme sur tous les points, tels furent les moyens de guérison que je méditai et qui me parurent devoir obtenir des résultats avantageux, si leur exécution n'offrait pas des difficultés insurmontables.

Assisté du docteur Rouillard, et de M. Priou, chirurgien interne de l'hospice de Nantes, je me disposai à l'emploi des moyens compressifs, et je fis préalablement enlever les quatre incisives de la mâchoire inférieure : elles étaient, comme je l'ai dit, renversées, déracinées, mobiles et fichées dans la langue, qui se trouvait continuellement irritée par elles.

Dès que la langue fut dégagée de ces corps étrangers, je l'entourai avec la main et je la tins serrée pendant quelques minutes ; on put observer que cette compression momentanée avait apportée un léger changement à sa forme aplatie, et que déjà elle avait acquis plus de rondeur et de souplesse. Je la cernai alors le plus près possible de l'ouverture de la bouche, par quelques tours d'un petit tissu de soie plat et élastique; j'en employai d'abord cinq aunes, et en assujettissant chaque tour de bandelette par un point d'aiguille, je parvins à recouvrir entièrement la langue ; il me semblait serrer une éponge ; aussi, lorsque cette première enveloppe fut faite, la portion sortie déjà réduite par la compression assez forte, exercée sur elle, parut visiblement diminuée de volume. Ce premier bandage fut recouvert par trois plaques de gomme élastique qui offraient à une de leurs extrémités, une légère courbure. Deux de ces plaques furent mises sur les côtés de la langue, et la troisième, placée à sa surface supérieure, fut tenue assez enfoncée dans la bouche, pour préserver la langue de l'action des dents de la mâchoire supérieure. Par leur réunion entre elles, ces plaques formèrent à la langue un étui qui l'embrassait parfaitement : le tout fut maintenu par de nouveaux tours de tissu de soie.

Cet appareil fut long et minutieux ; mais son application, loin de rendre plus pénible la position de la malade, lui offrit au contraire quelque soulagement ; on le croira facilement, en considérant que la langue n'était plus, comme auparavant, étranglée entre les deux mâchoires. Dans cet état, la malade put prendre sa nourriture ordinaire avec le chalumeau. La langue fut soutenue par une compresse longuette fixée à la partie supérieure et postérieure de la tête.

Ce bandage resta en position pendant quarante-huit heures, au bout desquelles on put remarquer qu'il était très relâché ; aussi devint-il facile de l'ôter tout ensemble.

Je trouvai la langue souple, molle et diminuée de la moitié du volume qu'elle avait auparavant ; je la poussai doucement dans la bouche, et elle y rentra sans la moindre difficulté. Un changement aussi subit, une aussi heureuse métamorphose jetèrent dans le plus grand étonnement deux vénérables ecclésiastiques qui étaient présens ; ils avaient été tellement effrayés du spectacle hideux de cette langue, qu'ils ne purent s'empêcher de dire qu'il s'était opéré un miracle en faveur de leur nièce. Je leur donnai aussitôt une explication simple et naturelle du phénomène qui excitait leur admiration en leur observant que, pendant quarante-huit heures, j'avais suspendu l'action des causes qui entretenaient l'étranglement de la langue, et que pendant ce temps, j'avais réprimé son engorgement par des moyens mécaniques très puissans. Tels sont, leur ajoutai-je, dans un grand nombre de maladies, les effets merveilleux de la compression méthodiquement exercée.

Je ferai l'aveu que j'avais été moi-même loin de m'attendre à une rentrée aussi prompte de la langue et que tous mes préparatifs étaient faits pour renouveler les moyens compressifs.

Je me bornai alors à placer une mentonnière, non-seulement dans l'intention de relever la lèvre inférieure qui se maintenait renversée, mais pour rassurer la malade qui craignait beaucoup de voir ressortir sa langue.

Ainsi rentrée dans la bouche, la langue prit en largeur ce qu'elle perdait en longueur, de manière que, pendant les premiers jours, la malade mordait sa langue sur les côtés, lorsqu'elle rapprochait les mâchoires. A l'aide de gargarismes toniques et incisifs, elle diminua bientôt de volume et prit de la mobilité.

Cependant le côté droit de la langue restait douloureux et offrait encore, le quatrième jour de sa rentrée, une sorte de dureté. Je pus alors la soulever, explorer sa surface inférieure et j'aperçus que la troisième molaire du même côté, qui était isolée par la perte des dents voisines, et dont la couronne était remplie d'aspérités, s'enfonçait dans cet organe, où elle avait déterminé une ulcération profonde. Je fis enlever cette dent qui tenait à peine, et alors tout alla de mieux en mieux, au point que, dès le troisième jour de l'arrivée de la malade à Nantes, la langue était entièrement rentrée ; le cinquième, elle put avaler de la soupe et abandonner le chalumeau pour boire au verre ; le huitième, elle cessa de porter une mentonnière ; le douzième, elle put exécuter tous les mouvemens de mastication ; le quinzième, elle repartit pour son pays, dans un état de santé parfaite.

N° 36. — *Prolongement congénital de la langue.*

Zacchias (1) dit avoir vu en 1628, à Rome, un enfant nouveau-né, très fort et bien

(1) *Quest. médico-légale*, lib. VII, tit. 1, quest. 9.

constitué, qui avait la langue hors de la bouche, de la longueur au moins de trois travers de doigt ; elle était un peu plus large et un peu plus épaisse qu'elle n'a coutume de l'être à cet âge ; c'était surtout quand cet enfant la faisait mouvoir et quand il la redressait, qu'on pouvait juger de combien elle dépassait l'ouverture de la bouche. Cependant il tetait bien pourvu que le mamelon de la nourrice fût un peu gros et allongé, car il ne pouvait plus exécuter la même fonction avec une autre nourrice dont le mamelon était un peu court et grêle. Parvenu à l'âge de quatorze mois, il mangeait et buvait assez librement, quoiqu'il eût jour et nuit une portion de la langue hors de la bouche. Il commençait même à prononcer quelques paroles lorsqu'il mourut sans que Zacchias ait su qu'elle fut la cause de sa mort.

N° 37.—*Prolongement congénital de la langue.*— (*Journ. de méd,* juin 1772, p. 498).

Une femme, âgée de vingt-quatre ans, accoucha, le 11 avril 1771, pour la première fois, et n'étant encore que dans le huitième mois de sa grossesse d'un fœtus mort qui était acéphale, et dont la langue un peu épaisse faisait une saillie d'environ 3 lignes hors de la bouche.

N° 38.— *Prolongement congénital de la langue.*— (*Hist. centur.; histor.*, 43, p. 84).

Boydau, disciple de Bartholin, dit avoir vu, à Driesen, dans la Marche de Brandebourg, un enfant qui vint au monde ayant l'extrémité de la langue hors de la bouche, de la grosseur d'une aveline. Cet enfant n'ayant reçu aucun secours, sa maladie augmenta tellement qu'elle effraya bientôt tous ceux qui en étaient spectateurs. Peu-à-peu la langue se tuméfia, et se prolongea jusqu'au point d'égaler en volume le cœur d'un veau de six semaines ; ce qui n'empêcha pas, dans la suite, cet enfant d'avaler des alimens solides, et même de parler distinctement, quoiqu'il eût le son de voix un peu rauque.

N° 39. — (Brioen, *Obs. médecin.*, p. 142).

Une fille de la ville de Leyde eut, dans son enfance, une fièvre continue qui subsista pendant quelques semaines. Au moment de la guérison, la langue se tuméfia et se prolongea peu-à-peu hors de la bouche, jusqu'au point de pendre sur le menton de la longueur d'environ 4 pouces : sa largeur remplissait tout l'intervalle qui s'étend de l'un à l'autre angle des lèvres. Le désir de cacher sa difformité, ou de la rendre un peu moins apparente, suggéra à cette fille, lorsqu'elle eut atteint l'âge de quinze ans, l'idée d'enfermer sa langue dans une petite boîte d'argent ; ce qui ne l'empêcha pas de parler, de former des sons, et d'exécuter la plupart des fonctions qu'on attribue à cet organe. Parvenue à l'âge de cinquante-quatre ans, elle a été examinée depuis peu par le célèbre Sandifort, professeur d'anatomie à Leyde.

N° 40. — *Prolongement chronique de la langue. Amputation* (Hoffmann).

On lit dans les *Actes littéraires* de Suède que la Société de médecine de Stockholm s'assembla, en 1695, pour examiner la maladie d'une fille de dix ans qui, depuis sa naissance, était défigurée par la protrusion de l'extrémité de la langue hors de la bouche. Cet organe avait 2 pouces d'épaisseur, et pendait sur le menton de la longueur de 4 pouces : la mâchoire inférieure était déprimée par le poids de cette tumeur, les dents incisives, les canines et les petites molaires, étaient renversées en devant. Cette fille ne pouvait ni fermer la bouche, ni parler distinctement, ni retenir sa salive, qui s'écoulait au-dehors continuellement et en très grande quantité; la déglutition était gênée. Cet examen fait, les consultans décidèrent qu'il fallait retrancher l'extrémité protubérante de la langue; et Hoffman, chirurgien de Stockholm, se chargea de cette opération : elle fut faite de manière à ne pas donner une idée bien avantageuse de la chirurgie des Suédois dans le siècle dernier (1), la portion excédante de la langue étant retranchée, on la pesa, et l'on trouva qu'elle était du poids de 3 onces. L'hémorrhagie, quoique peu considérable, fut arrêtée par l'application du cautère actuel. Il est dit que cette fille fut parfaitement guérie dans l'espace d'environ trois semaines. Elle put ensuite parler librement et avaler avec facilité; la lèvre inférieure qui, depuis la naissance, était renversée par la langue sur le menton, reprit son état naturel.

N° 41. — *Prolongement congénital de la langue. Guérison par le rapprochement des mâchoires.* — (Lassus, *Mém. ac. des sc.*, t. 1er, page 10).

Il y a quelques années je fus consulté pour un enfant qui était né depuis sept à huit jours, et qui tenait constamment la pointe de sa langue hors de la bouche, de la longueur d'environ un travers de doigt. La crainte que cette affection vicieuse, qui s'était manifestée aussitôt après la naissance, et qui prenait des accroissemens insensibles, ne devint encore plus considérable, avait déterminé les parens à prendre mon avis. Cet enfant se portait d'ailleurs très bien, mais il ne saisissait qu'avec difficulté le sein de sa nourrice. J'examinai la langue avec attention : elle n'était guère ni plus épaisse ni plus large que dans l'état naturel; elle n'avait aucun vice de première conformation, et il me fut facile de la remettre dans sa place naturelle, d'où elle sortit aussitôt que j'eus cessé de l'y maintenir. Instruit par cet examen, je conçus la possibilité de s'opposer tout à-la-fois aux progrès du mal, et même de le guérir radica-

(1) La langue étant fixée sur une espèce de spatule large et échancrée, l'extrémité protubérante de cet organe fut coupée avec un ciseau à-peu-près semblable à celui donc se servent les sculpteurs et les tailleurs de pierre. *Ferrum idpsum ad instar ferri quo utuntur sculptores et lapicidæ* (p. 3).

lement en maintenant la langue réduite, et en s'opposant à sa sortie : c'est pourquoi je la replaçai une seconde fois, après en avoir stimulé la pointe avec un peu d'alun crû en poudre, et j'appliquai sous le menton une compresse étroite et longitudinale en forme de fronde, dont je fixai les bouts sur le sommet de la tête, afin de tenir les mâchoires exactement rapprochées. Je recommandai de ne plus laisser téter l'enfant, mais de le nourrir avec un mélange de lait de vache et d'eau d'orge pris à la cuiller, pour que la langue, par cet artifice, pût exciter, au moins pendant la déglutition, une action inverse à celle qu'elle faisait dans la succion, lorsque l'enfant tetait sa nourrice. Les parens eurent l'attention de ne lever l'appareil que j'avais appliqué, que toutes les fois qu'il fallait faire boire l'enfant et de les réappliquer immédiatement après. Ce procédé, si simple et si naturel, a suffi pour opérer dans l'espace de quinze jours une cure radicale, et permettre ensuite à l'enfant de reprendre sans inconvénient le sein de sa nourrice. Curieux de savoir quelle pouvait être la cause de cette disposition morbifique de la langue, j'appris de la sage-femme que l'enfant était venu au monde en présentant la face, ayant le visage très rouge, la bouche ouverte et pleine de bave ; qu'une salivation abondante avait paru dès les premiers jours, et que l'accouchement avait été long et difficile. D'après tous ces détails, il me parut évident que la protrusion de la langue qui s'était manifestée immédiatement après la naissance, avait été le produit d'un état convulsif, ou si l'on veut, d'une sorte de suffocation semblable à celle qu'éprouvent quelques épileptiques qui, pendant l'accès, ont la langue excessivement prolongée hors la bouche.

N° 42. — *Prolongement chronique de la langue. Guérison par le rapprochement des mâchoires.* — (Lassus, *Mém. Ac. des sc.*, t. 1^er^, page 11).

Peu de temps après, je fus consulté pour un petit garçon de 6 ans, qui avait la langue volumineuse et hors de la bouche de la longueur d'environ trois travers de doigt. Cette difformité subsistait depuis plus de trois ans. Ses parens ne sachant quelle en était la cause, l'attribuaient à une mauvaise habitude que cet enfant avait contractée. Quoi qu'il en soit, la langue était trop tuméfiée pour pouvoir être réduite et maintenue dans sa place naturelle. L'indication à suivre me parut être celle d'opérer d'abord la détumescence de cet organe par l'application de quelques sangsues. En effet, cette saignée locale en diminua le volume et facilita consécutivement sa rentrée dans la bouche. Pour l'y maintenir, je fis rapprocher les mâchoires l'une contre l'autre par l'application d'une bande appliquée sous le menton, qui s'attachait au bonnet de l'enfant sur le sommet de la tête : je recommandai de garder ce bandage jour et nuit, et de ne l'ôter qu'au moment des repas. En tenant constamment les mâchoires rapprochées, afin de s'opposer à la sortie de la langue, elle reprit peu-à-peu son volume na-

turel, et dans l'espace d'un mois cet enfant fut parfaitement guéri de sa difformité. Les dents incisives et canines de la mâchoire inférieure étaient déjetées en devant, la partie inférieure de la langue était légèrement ulcérée par son frottement contre ces dents, tandis que sa partie supérieure était absolument desséchée par son exposition continuelle à l'air. L'effusion de la salive au dehors était peu considérable. La déglutition assez facile, mais la parole sourde et le son de la voix rauque. Pendant les huit premiers jours du traitement, je m'aperçus que l'enfant pouvait bien tenir sa langue dans sa bouche, mais elle en sortait aussitôt qu'il l'ouvrait et qu'il parlait. Je lui recommandai le silence, et je vis bien que c'était au rapprochement constant des deux mâchoires qu'il fallait attribuer la guérison de cette maladie.

N° 43. — *Prolongement congénital de la langue.* — (Leblanc, *Traité de chirurgie*).

La fille d'une vanier d'Orléans fut attaquée, à l'âge de trois ans, de convulsions qui firent sortir la langue hors de la bouche, sans que la malade pût l'y faire rentrer. Elle porta cette hideuse incommodité pendant quatorze ans. Au mois d'avril 1772, on pria Leblanc de la voir ; elle avait alors dix-sept ans : la langue était hors de la bouche de la longueur de trois travers de doigt, et avait plus d'un pouce d'épaisseur ; elle était couverte de sept ou huit petits ulcères ; on voyait en dessous trois à quatre protubérances ulcérées.

N° 44. — *Prolongement congénital de la langue. Guérison par le suc de laitue.* — *Mémoire de Lassus* — (*Mémoires de l'Institut national*, tome I, page 16).

Il existe, à Paris, dans la Maison des femmes, dite la Salpétrière, une fille âgée de quarante ans, qui est née avec la langue hors de la bouche. Elle a conservé cette incommodité pendant trente ans, ne parlant qu'avec difficulté et ne pouvant même prononcer certaines syllabes. Les dents de la mâchoire inférieure se déjetèrent peu-à-peu en dehors, la lèvre se renversa, et la salive, qui n'était plus retenue dans la bouche, tombait continuellement sur le menton et sur la poitrine. L'impression du chaud et du froid sur la langue était très douloureuse, et cet organe était ordinairement plus rouge et plus tuméfié pendant l'hiver que pendant l'été. Lorsque cette fille eut atteint l'âge de trente ans, elle consulta feu Louis, secrétaire de l'Académie de chirurgie, qui lui déclara d'abord qu'il n'y avait aucun espoir de guérison ; mais quelques jours après, il rencontra la malade, et lui conseilla, d'après la lecture qu'il avait faite d'une observation qu'on trouve dans Galien, d'envelopper sa langue dans des linges imbibés de suc de laitue. On lit, en effet, dans les œuvres du médecin de Pergame (1), qu'un vieillard,

(1) *Methodus medendi*, lib. 14, cap. 8.— *De differentiis morborum*, cap. 9.

qui avait la langue tuméfiée par une affection catarrhale ou pituiteuse, fut guéri en prenant un purgatif, et en tenant dans sa bouche le suc âcre et irritant de la laitue sauvage (*tridacine*), plante que Galien, ainsi que Théophraste et Dioscoride distinguent soigneusement de la laitue cultivée, qu'ils ont nommée *tridax*. La fille de la Salpétrière suivit le conseil qui lui fut donné ; elle humecta continuellement, et pendant six mois entiers sa langue avec le suc de la laitue cultivée. Galien aurait probablement conseillé celui de la laitue sauvage comme répercussif par son âcreté. Quoi qu'il en soit, la langue, qui était desséchée, se ramollit, et devint plus humide. L'usage continué de ce remède insipide, appliqué froid pendant un long espace de temps, et renouvelé sans cesse, opéra insensiblement la diminution de volume de cet organe.

Cette fille est aujourd'hui parfaitement guérie ; mais elle éprouve encore de la difficulté à parler, quoique la langue soit bien contenue dans la bouche depuis sept à huit ans : La peau du menton, qui pendant trente années, a été recouverte par la langue, est aussi un peu plus rouge et plus épaisse que dans l'état naturel.

N° 45. — *Prolongement mercuriel chronique de la langue. Guérison par les stimulans* (Scultet). — *Mémoire de Lassus.* — (*Mémoires de l'Institut national*, t. 1).

Scultet (1) a guéri, dans l'espace de quelques jours, un homme qui à la suite de l'usage inconsidéré du mercure, pris en friction, eut pendant quatre mois la langue très volumineuse et pendante hors de la bouche de la longueur de quatre travers de doigt : en la stimulant avec une poudre très irritante, composée de gingembre, de poivre, de moutarde et de sel, elle devint d'abord plus mobile et moins dure. On pouvait la replacer, mais elle sortait aussitôt de son lieu naturel. En faisant sur sa partie inférieure des scarifications, elle se détuméfia jusqu'au point de pouvoir être contenue pour toujours dans la bouche. C'est ainsi que l'application des sangsues qui a produit tout à-la-fois une déplétion et une irritation sur la langue tuméfiée, m'a paru convenir dans le cas où je l'ai employée. Mais lorsque dans un enfant nouveau-né la pointe de la langue ne sort que de quelques lignes hors de la bouche, lorsque la maladie ne se montre encore que sous l'apparence d'une affection légère qui fixe peu l'attention des parens, on remédiera efficacement à cette disposition vicieuse, en excitant sur l'organe de la langue une légère irritation, comme on remédie au prolongement de la luette en la stimulant avec du poivre ou avec de l'alun en poudre. Ce premier secours, qu'il peut être utile de réitérer, ne doit pas faire négliger l'application d'une fronde qui tiennent les mâchoires rapprochées, afin de s'opposer à la sortie de la langue, au renversement en de-

(1) *Obs.* 17. *Append Obs.*

dans de l'os hyoïde, et à l'allongement des muscles qui servent à maintenir ces parties dans leur situation naturelle. Enfin il est bien important de ne pas prendre pour un cancer la maladie dont il s'agit lorsqu'elle est invétérée, et de ne pas, d'après une fausse vue, retrancher l'extrémité protubérante de l'organe de la parole.

Tumeur de la langue formée par la section incomplète d'une portion de sa pointe.

Obs. N° 46.

Dans la séance du 2 février 1848, j'ai présenté à la Société de chirurgie une tumeur de la langue que j'avais enlevée le matin même sur un malade de mon service à Bicêtre. Cet homme, âgé de quarante-cinq ans, est depuis son enfance sujet à des attaques d'épilepsie. Nombre de fois, pendant ses convulsions, sa langue portée hors de la bouche s'est trouvée fortement serrée par les dents. Il en est résulté à la longue un sillon profond qui divisait transversalement cet organe à 3 centimèt. environ de sa pointe, et qui est tapissé d'un tissu cicatriciel. La partie, placée au-devant de ce sillon, s'était tuméfiée de manière à acquérir le volume d'un œuf de pigeon; il en résultait une gêne considérable dans les fonctions de l'organe. Cet état existait depuis plusieurs années, et ne faisait que s'accroître, quand le malade, investi récemment des fonctions de surveillant dans sa division, fonctions qui exigent l'exercice fréquent de la parole, vint me prier de le débarrasser de cette infirmité.

Ayant attiré la tumeur au-dehors, je passai dans le sillon qui la séparait du reste de la langue trois anses de fil que je serrai fortement pour étrangler le pédicule, puis avec des ciseaux courbes, j'enlevai toute la portion placée au-devant des ligatures. Il s'écoula à peine quelques gouttes de sang; et dès le cinquième jour, les ligatures étant

tombées, le malade se trouva complètement guéri. Maintenant, il se sert de sa langue comme si elle était entière.

Engorgement inflammatoire chronique circonscrit.

Nous désignons sous cette dénomination les tumeurs ou engorgemens chroniques qui résultent d'un travail inflammatoire simple, sans production de tissus anormaux. On les voit survenir dans deux circonstances principales : 1° à la suite d'une glossite aiguë dont la résolution ne s'est pas opérée franchement; 2° sous l'influence d'irritations fréquemment répétées, telles que celles que produit l'action incessante des dents affectées de carie et cassées en fragmens anguleux.

La première variété est fort rare. Nous en avons cependant rapporté plus haut une observation remarquable Le malade, qui avait d'abord été affecté d'une glossite aiguë d'une des moitiés latérales de la langue, conserva, plus de deux ans encore, après la cessation des accidens, un engorgement notable de ce côté. Il n'en éprouvait, du reste, que peu de gêne; et comme cet engorgement diminuait peu-à-peu, le chirurgien ne crut pas devoir employer de médication particulière pour en hâter la disparition. C'est principalement chez les individus lymphatiqnes ou scrofuleux que l'on voit à la langue, comme partout ailleurs, les inflammations aiguës se terminer de cette manière. On reconnaîtra facilement la nature de ces engorgemens aux circonstances dans lesquelles ils se sont développés, à leur souplesse, à leur marche rétrograde, sous l'influence des seules forces de la nature. La deuxième variété, beaucoup plus

fréquente, mérite davantage de fixer notre attention, tant à cause de sa fréquence, qu'à cause des erreurs graves de diagnostic à laquelle elle a souvent donné lieu.

Les engorgemens chroniques de la deuxième variété occupent toujours l'une des parties latérales de la langue, ils résultent de l'irritation produite sur les bords de cet organe, par des chicots irréguliers et anguleux; il n'est pas nécessaire pour cela que les morceaux de dent soient très longs et très apparens, il suffit quelquefois d'une petite pointe peu saillante que l'œil souvent a peine à distinguer, mais que l'on reconnaît facilement avec la pulpe du doigt. La maladie commence fréquemment à la suite d'une morsure qui a eu lieu fortuitement pendant la mastication; d'autres fois cette cause première n'existe pas, et l'irritation débute insensiblement, sans que le malade en ait conscience. Il éprouve sur un point circonscrit du bord de la langue une petite gêne qui l'engage à frotter cet organe contre les dents; peu-à-peu la partie se gonfle et se trouve ainsi plus exposée encore à l'action irritante des arcades dentaires; plus tard il se forme une petite excoriation qui sans cesse irritée, s'accroît, se creuse; ses bords se tuméfient et s'indurent, puis l'irritation gagnant de proche en proche le tissu cellulaire sous-muqueux, il en résulte souvent une tumeur dure, irrégulière, qui se prolonge dans une étendue de plusieurs centimètres. Parfois aussi les ganglions lymphatiques qui correspondent à la partie malade, se tuméfient et s'engorgent, ce qui achève de donner à la maladie les apparences d'une affection de la plus mauvaise nature. J'ai vu plusieurs fois de semblables ulcérations en imposer à des praticiens du plus haut mérite pour des cancers squirrheux. Je me rappelle entre autres un malade de la maison de santé des hôpitaux, que plusieurs chirurgiens avaient déclaré atteint d'une affection cancéreuse et auquel on avait proposé l'amputation d'une partie de la langue. L'opération avait été acceptée, tout était convenu, le jour était fixé, quand le malade, qui vint à souffrir d'une dent cariée, eut l'idée de se la faire arracher, ainsi qu'un chicot voisin. A dater de ce

jour, l'ulcération prit un meilleur caractère. Le chirurgien, en homme prudent, crut devoir attendre, il contremanda les personnes qu'il avait invitées à l'opération, et six semaines après le malade était guéri.

Quand cette affection survient chez des individus affectés autrefois de syphilis constitutionnelle, le diagnostic peut devenir encore plus embarrassant. J'ai vu à Bicêtre un Polonais qui pendant cinq années consécutives était resté à l'hôpital de la Pitié, dans les salles de Lisfranc, pour se faire traiter de la syphilis constitutionnelle la plus effroyable. Sa guérison fut complète et ne s'est pas démentie depuis lors. Mais au mois de décembre 1846, il lui survint à la langue une ulcération calleuse qui, malgré tous les gargarismes et les adoucissans, continua de faire des progrès. Cet homme était désespéré, il croyait déjà voir revenir tout le cortége des accidens dont Lisfranc l'avait débarrassé avec tant de peine. C'est dans ces circonstances qu'il vint réclamer mes soins : tout le tiers moyen de la partie gauche de la langue, était envahi par un engorgement dur et pourtant élastique mal limité. Le centre de cet engorgement était le siége d'une ulcération profonde, irrégulière, à bords déchiquetés. La parole était embarrassée, la mastication difficile. J'avoue que je crus d'abord à un engorgement syphilitique. Cependant avant de prescrire un traitement intérieur, je voulus débarrasser le malade de quelques chicots dont la présence irritait la tumeur. A peine quelques jours s'étaient écoulés après l'évulsion de ces dents, que la maladie n'était plus reconnaissable. Je me contentai de prescrire des gargarismes émolliens, j'engageai le malade à garder long-temps dans la bouche de l'eau de guimauve miellée, et moins d'un mois après le malade sortait de mon service complétement guéri. Le pronostic de cette affection n'est donc point grave, pourvu toutefois que l'art intervienne pour enlever la cause incessante d'irritation qui l'entretient.

Traitement.—Il se résume presque tout entier dans l'ablation de la cause irritante. Il faut donc limer ou mieux arracher les dents cassées ou anguleuses qui entretiennent la maladie; puis, il suffira de prescrire des gargarismes émolliens, des bains locaux, d'éviter toute irritation artificielle, et surtout l'usage du tabac à fumer.

Anthrax ou charbon malin de la langue.

Le charbon malin a été plusieurs fois observé à la langue. Breschet et Finot le décrivent sous le nom de glossanthrax.

Causes. — C'est presque toujours sous l'influence d'une inoculation directe qu'il se développe. Duhamel cite l'exemple d'un garçon boucher qui, ayant dépécé un bœuf malade, aussitôt après sa mort fut atteint d'un charbon de la langue pour avoir placé entre ses dents son couteau encore plein de sang. Chavassieu d'Audebert (1) rapporte que, dans une épidémie charbonneuse sur les bestiaux, qui désola la France vers le milieu du XVIII^e^ siècle, deux hommes furent atteints de glossanthrax dont l'un mourut, pour s'être servi d'une cuiller d'argent employée à ratisser la langue d'un animal malade. Félix Plater (2) dit avoir vu chez la femme d'un des principaux habitans de Leipsig, un anthrax ou charbon pestilentiel de la langue, dont elle mourut trois jours après.

Symptômes et marche. — Le charbon de la langue ne diffère du charbon malin en général que par le siége spécial qu'il occupe et

(1) *Observat. chirurg.*, obs. 16.

(2) *Éphémérides médicales*, cahier de septembre 1811.

qui lui donne une gravité particulière. La période d'invasion dure ordinairement vingt-quatre heures. Bientôt la langue devient le siége d'une chaleur brûlante et d'une douleur très vive qui se manifeste par élancemens et cause des faiblesses et des défaillances. Dans toute la partie affectée, le malade éprouve un sentiment de constriction pénible comparable à celui que produirait une ligature.

Bientôt une fièvre intense se déclare, le pouls est fréquent, petit, concentré; la peau devient aride et sèche, les yeux sont fixes et hagards. Le malade est tourmenté par une soif ardente et par des lipothymies incessantes. La partie frappée de charbon se tuméfie, il s'y développe des pustules qui noircissent promptement, ou des vésicules livides qui se déchirent et versent nne sérosité roussâtre. Les pustules sont supportées par une petite tumeur peu saillante, assez superficielle, très dense et fort douloureuse, d'un rouge vif éclatant vers la circonférence, toujours noire et livide dans son centre. Si le mal n'est pas arrêté promptement et dès son début, il parcourt ses périodes avec une rapidité incroyable : on a vu la mort arriver dans l'espace de vingt-quatre heures et même de dix heures.

Pronostic. — Quel que soit le siége qu'affecte le charbon malin, c'est toujours une maladie fort grave; quand il affecte la langue, il l'est certainement au plus haut degré.

Traitement. — Il est local et général. Le premier consiste dans la cautérisation hardie de la partie affectée, à l'aide du fer rouge; les caustiques conviennent moins ici que partout ailleurs. On y joint les scarifications profondes, quand la tuméfaction est déjà considérable. Quant au traitement général, il consiste généralement, ainsi que le conseille Fournier, dans l'emploi de vomitifs et de purgatifs, puis des boissons rafraîchissantes ou de l'eau pure. Il est rare que l'on soit obligé de tirer du sang, et les toniques amers ne conviennent que dans la forme atonique de la maladie.

Tumeurs syphilitiques de la langue.

Ces tumeurs se présentent sous quatre formes principales désignées sous les noms d'excroissances, de plaques muqueuses, de tubercules profonds, de nodus.

1° *Excroissances syphilitiques.* — Les excroissances syphilitiques sont distinguées, en général, en deux groupes : *a. Les excroissances syphilitiques proprement dites*, qui sont des petites tumeurs formées par le gonflement du tissu cellulaire sous-jacent à un repli ou à un prolongement naturel de la peau ou des membranes muqueuses; *b. Les excroissances végétatives, ou végétations.* Les dernières seules ont été observées à la langue : elles occupent ordinairement la base de cet organe, mais on peut les rencontrer dans toutes les parties de sa surface.

Leur forme présente des variétés nombreuses. Tantôt elles sont petites et aplaties, rugueuses à leur surface : on leur donne alors le nom de *verrues;* tantôt elles sont allongées d'une ou plusieurs lignes, isolées les unes des autres, et leur extrémité libre se renfle en forme de tête : ce sont les poireaux; d'autres fois elles sont branchues et forment une masse plus ou moins considérable de petites productions charnues libres par leurs extrémités, et dont la base se trouve réunie à un pédicule commun; tantôt fort et largement adhérent, d'autres fois grêle et filiforme : on les nomme alors choux-fleurs. Enfin elles peuvent revêtir diverses autres formes qui, suivant la ressemblance grossière qu'elles affectent avec certains fruits, sont désignées sous les noms de fraises, de mûres, de framboises.

Ce n'est point ici le lieu de discuter la question si controversée d'origine de ces productions. Disons seulement qu'en général celles que l'on observe le plus communément à la langue se développent consécutivement à des chancres ou bien à des tubercules muqueux.

Leur diagnostic est ordinairement facile; leur pronostic n'a rien de grave; seulement, quand elles ont acquis un certain volume, elles peuvent, par leur présence, gêner les diverses fonctions de l'organe, produire par leur contact avec le voile du palais, des titillations fatigantes, ou bien, si elles se trouvent placées sur les bords de la langue, elles peuvent s'interposer entre les dents pendant les mouvemens de mastication et occasionner des douleurs.

Traitement. — Quand, ce qui est le plus ordinaire à la langue, les végétations ont pour origine des tubercules muqueux ou des chancres indurés, le traitement général par les préparations mercurielles suffit souvent pour en obtenir la guérison; mais quelquefois aussi, le traitement général n'a sur elle aucune influence, et il faut avoir recours à un traitement local. Ce traitement comprend plusieurs moyens : 1° l'application des substances stimulantes plus ou moins actives; 2° la cautérisation par les caustiques potentiels; 3° la cautérisation par le cautère actuel; 4° la ligature; 5° l'arrachement; 6° l'excision.

1° *Application des substances stimulantes.* — Ce moyen convient moins aux végétations de la langue qu'à celles de la plupart des autres parties du corps, à cause de la position particulière de l'organe; ainsi les applications d'onguens, de compresses chargées de substances astringentes en solution ne conviendraient point ici. Mais on peut avoir recours avec avantage aux solutions de sulfate de zinc, à la liqueur de van Swieten, au laudanum de Rousseau, que l'on applique à l'aide d'un pinceau de charpie.

2° *Cautérisation par les caustiques.* — Les caustiques n'ont encore reçu qu'une application fort restreinte; il en est un grand nombre qu'on ne peut mettre en usage : le uns, comme l'arsenic, à cause de leur nature éminemment toxique; d'autres à cause de leur forme pulvérulente ou molle. Ceux dont on peut se servir avec avantage

sont le nitrate acide de mercure, les solutions concentrées de potasse, le muriate d'antimoine liquide que l'on peut porter avec un pinceau, ou bien le nitrate d'argent, le caustique de Vienne que l'on dispose en cylindres solides et faciles à manier.

3° *Cautérisation avec le cautère actuel.* — On peut l'employer seule ou combinée avec l'excision. Dans ce dernier cas elle a seulement pour but d'arrêter l'écoulement du sang et de détruire la tumeur jusque dans sa racine : mais comme ce moyen a quelque chose d'effrayant pour le malade, on ne l'emploie pas habituellement.

4° *L'arrachement.* — Il n'est guère employé que par les malades eux-mêmes; c'est un moyen douloureux et souvent infidèle en ce qu'il laisse subsister le petit tubercule qui est la base de la végétation.

5° *Excision.* — On l'exécute avec des ciseaux courbes, en ayant soin d'exercer sur la tumeur une certaine traction, afin de bien emporter son pédicule. C'est un moyen fort simple et surtout très expéditif; mais il a l'inconvénient de donner lieu à un écoulement sanguin désagréable, pour lequel on est parfois obligé d'employer la cautérisation : aussi l'on préfère habituellement la ligature.

6° *Ligature.* — On peut la pratiquer de bien des manières. — *a.* La ligature simple. Elle consiste à entourer la base de la tumeur dans une anse de fil et à l'étreindre : mais, appliquée de cette manière, la ligature a l'inconvénient d'exposer à la récidive, parce qu'elle laisse subsister le petit tubercule radical de la végétation. — *b.* Ligature avec le ténaculum. On évite cet inconvénient en soulevant la base de la petite tumeur avec le ténaculum, et en glissant l'anse de fil au-dessous de cet instrument qu'on retire aussitôt que la constriction est exercée. — *c.* Si le pédicule de la végétation est plus épais, on peut, avec une aiguille courbe, porter au-dessous de la base un fil double qui sert à opérer une double constriction.

2° *Plaques muqueuses.* — Ces petites tumeurs ont reçu des syphiliographes des noms très variés ; les uns les appellent tubercules, papules, pustules syphilitiques ; d'autres, tubercules ou pustules plates ; d'autres, tubercules muqueux, papules ou pustules muqueuses, pustules humides lenticulaires ; d'autres enfin, syphilides muqueuses.

Les plaques muqueuses de la langue diffèrent peu de celles que l'on rencontre sur divers autres points du corps. Ainsi que partout ailleurs, elles sont caractérisées par des élevures saillantes plus ou moins roses, d'une forme assez souvent arrondie, et dont la surface ressemble assez à une membrane muqueuse. On les rencontre sur toute la surface de l'organe, mais surtout à sa pointe et sur les bords. Elles coïncident presque toujours avec des plaques semblables aux organes génitaux ; comme toutes les plaques muqueuses, elles sont beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Tantôt elles naissent d'un chancre dont elles sont une transformation *in situ* comme dit M. Ricord ; tantôt elles se forment immédiatement sur des surfaces saines. « Dans le premier cas, disent MM. Deville et Davasse (1), on voit du quinzième au cinquantième jour de l'existence du chancre, la surface de cette ulcération, de grisâtre qu'elle était, devenir bourgeonnante et rouge, de la circonférence au centre. En même temps, l'auréole ou le cercle inflammatoire qui le circonscrivait devient plus manifeste et d'une teinte plus sombre : on le voit s'étendre en largeur, se tuméfier légèrement et former avec la circonférence du chancre, un disque périphérique lisse, régulier, d'une coloration violacée, saillant au-dessus du niveau de la peau et de la dépression centrale. Ce phénomène marchant simultanément avec la cicatrisation chancreuse, il en résulte un disque plus saillant et plus large qui se recouvre d'une pellicule fine à la circonférence, tandis que le centre, non encore cicatrisé, reste déprimé, rougeâtre, et même parfois grisâtre, ayant l'aspect véritablement chancreux. —

(1) *Archives*, 1845, t. III, p. 188.

Quelquefois la pellicule même dont nous venons de parler ne s'observe pas tout d'abord au moment où l'élévation de l'auréole et du fond chancreux est déjà complète. Alors on voit le signe diagnostic important, signalé par M. Ricord, savoir : le bord déchiqueté, le liseré qui existe à la circonférence de la plaque muqueuse dont toute la surface est bourgeonnante et qui indique la trace d'une ulcération antécédente de la peau : mode de développement beaucoup moins commun que le précédent. Enfin, l'élévation et la cicatrisation continuent à marcher de la circonférence au centre, les dernières traces du chancre primitif disparaissent peu-à-peu, et il en résulte la saillie granuleuse régulière, recouverte entièrement de la pellicule membraniforme et qui constitue la plaque muqueuse arrivée au dernier terme du développement. »

D'autres fois la plaque muqueuse naît directement sur la partie saine de la langue. Alors apparaît une petite élevure molle et rosée, offrant déjà, malgré ses petites dimensions, tous les caractères de la vraie plaque muqueuse.

Arrivées à leur parfait développement, les plaques muqueuses sont arrondies ou elliptiques, qu'elles soient ou non confluentes : elles forment au-dessus de la muqueuse une saillie de 2 à 5 millimètres. Tantôt et le plus souvent leurs bords sont circulaires, nettement tranchés, comme coupés par un emporte-pièce; tantôt ils se confondent avec la surface saine, tantôt enfin ils se renversent sous forme de champignons. Presque toujours la surface est plane avec tendance à une légère convexité, tantôt elle est lisse, rarement végétante ou ulcérée; elle est recouverte ordinairement d'une pellicule fine, molle, qui lui donne l'aspect d'une membrane muqueuse. Leur couleur varie du rose au violet. Leur volume varie de 2 millimètres à un centimètre et demi; par exception, surtout quand elles sont confluentes, elles peuvent s'étendre bien davantage. La mucosité qu'elles sécrètent n'a point l'odeur fétide qu'on observe à la vulve ou aux orteils. Leur nombre varie beaucoup : quelquefois solitaires, elles peuvent être

multiples et même confluentes ; elles sont susceptibles de s'ulcérer ; parfois on les voit revêtir l'aspect diphtéritique. Il est excessivement rare qu'elles soient le siége de végétations, ainsi que cela est si fréquent à la vulve.

Les plaques muqueuses abandonnées à elles-mêmes durent un temps variable de quinze jours à plusieurs mois ; dans tous les cas elles finissent par disparaître spontanément.

Quand elles disparaissent, on les voit se déprimer peu-à-peu, cesser de sécréter, leur surface devient plus ferme, moins unie.

Diagnostic. — Les plaques muqueuses de la langue sont généralement faciles à reconnaître, les seules affections qui s'en rapprochent sont les chancres indurés et les tubercules syphilitiques ; mais elles en diffèrent essentiellement. Le chancre induré par la dureté caractéristique de sa base, et le tubercule par le relief beaucoup plus considérable, et sa surface arrondie.

Pronostic. — Accidens syphilitiques secondaires, les plaques muqueuses sont toujours graves en ce sens, qu'elles supposent une infection générale de l'économie par le virus syphilitique, mais d'une autre part elles sont peut-être de tous les accidens constitutionnels le plus bénin.

Traitement : le repos de l'organe, des gargarismes émolliens ou détersifs avec de l'eau chlorurée, de légères cautérisations avec le nitrate d'argent, joints à un traitement mercuriel bien entendu, suffisent ordinairement pour amener une prompte guérison.

3° *Tubercules muqueux, profonds, ou lupus syphylitiques.* — Les tubercules muqueux profonds appartiennent encore au groupe des affections secondaires. Ils sont fréquens à la langue où ils se présentent sous forme de petites tumeurs développées dans l'épaisseur de la muqueuse. Ces tumeurs sont arrondies, très saillantes, d'un rouge violacé, tantôt isolées, quelquefois groupées plusieurs ensemble, on les voit rarement dépasser le volume d'une petite noi-

sette. Ces tubercules peuvent affecter tous les points de l'organe ; tantôt ils succèdent à un chancre qui se transforme sur place, tantôt et le plus souvent ils se développent sans ulcération préalable. Leur évolution est ordinairement assez lente, on les voit persister des années entières. Ils peuvent se terminer spontanément par résolution sans laisser de trace ; mais fréquemment après leur disparition il reste une sorte de cicatrice, ou plutôt de dépression avec amincissement et décoloration de la muqueuse. Chez quelques malades la saillie tuberculeuse persiste, sa teinte rouge plus ou moins livide disparaît peu-à-peu et finit par être moins colorée que les parties voisines ; la tumeur alors a quelque ressemblance avec la kéloïde. Souvent aussi ces tumeurs s'enflamment et suppurent dans leur partie centrale. Il se fait alors une ulcération irrégulière, à bords durs et déchiquetés qui donnent à la tumeur l'aspect d'un cancer ulcéré.

Ces tumeurs, surtout à l'état d'ulcérations, en ont souvent imposé pour des cancers. On peut aussi les confondre avec certaines indurations chroniques ulcérées produites et entretenues par de mauvaises dents. La circonstance d'accidens syphilitiques antérieurs et même d'accidens syphilitiques secondaires concomitans ne suffit pas toujours pour lever tous les doutes, car une ulcération chronique simple, ainsi qu'une tumeur carcinomateuse peuvent for bien exister concurremment avec une affection syphilitique constitutionnelle, ainsi que j'en ai vu un exemple remarquable chez le Polonais dont j'ai déjà rapporté l'histoire.

Nous reviendrons plus loin sur le diagnostic des tumeurs qui peuvent simuler le cancer. Pour l'instant je me contente de dire que si le chirurgien conservait des doutes sur la nature de la maladie, c'est principalement la thérapeutique qui pourrait les dissiper.

Traitement des tubercules profonds. — Dans le traitement des tubercules profonds de la langue, on doit s'attacher d'abord à combattre toutes les complications qui peuvent exister en même temps

que l'élément syphilitique, et qui souvent jouent un grand rôle dans leur développement. Ces complications consistent surtout dans l'existence du vice scrofuleux et herpétique. Mais tout en satisfaisant à ces indications, il faut avoir surtout recours au traitement mercuriel. On combinera donc le mercure soit avec la ciguë, soit avec les substances amères, mais principalement avec les ferrugineux, et l'iode.

A ce traitement général, il convient d'associer les gargarismes émolliens et narcotiques quand il y a complication de douleur et d'inflammation. Les gargarismes avec la liqueur de Van Swieten, étendu d'eau, quand cette complication n'existe pas; enfin la cautérisation légère avec le nitrate acide de mercure.

4° *Nodus*. — La langue est un des siéges de prédilection des nodus syphilitiques. Ces tumeurs constituent l'un des groupes les plus remarquables des tumeurs tertiaires de la syphilis. Elles ne s'y montrent ordinairement que fort tard après l'accident primitif, et presque toujours elles sont la conséquence d'une constitution profondément altérée par la vérole.

On les rencontre dans le tissu cellulaire sous-muqueux de la langue, presque toujours à la base de l'organe et vers la partie centrale. Boyer insistait beaucoup sur cette particularité de leur siége, pour les différencier des tumeurs cancéreuses.

Ces nodus débutent par une petite tumeur d'abord à peine sensible, mais dure, adhérente à la muqueuse par une sorte de pédicule. Leur accroissement se fait presque toujours d'une manière lente et sans douleur. Il faut souvent cinq à six mois et même des années pour qu'ils arrivent à leur terme. Alors ils acquièrent le volume d'une petite noix et même d'un œuf de pigeon. Dans cet état on les trouve adhérens dans toute leur périphérie avec les parties voisines, puis on les voit se ramollir du centre à la circonférence; et peu-à-peu, à travers une sorte de coque qui les constitue, on sent une fluctuation obscure qui se dessine de plus en plus.

La membrane muqueuse qui jusque-là avait pu rester sans altération de texture ou de couleur, devient d'un rouge brun violacé, elle s'amincit bientôt, se perfore et laisse échapper à travers une ou plusieurs ouvertures un pus ichoreux, mal lié et entraînant avec lui des débris organiques. A ces premières ouvertures succèdent bientôt de vastes ulcérations irrégulières. Ces ulcères persistent tant que la coque du tubercule, dont la suppuration commence par le centre, n'est pas éliminée. Une fois que ces espèces de kystes sont chassés par la suppuration des parties voisines, si aucune autre condition n'entretient l'ulcère, alors il marche à la réparation et produit une cicatrice tout-à-fait analogue à celle des brûlures profondes.

Diagnostic. — Pendant la première période de leur évolution, ces tumeurs peuvent être confondues avec la plupart des tumeurs concrètes de la langue; tubercules, tumeurs hématiques, tumeurs fibreuses, cancers. Dans leur période d'ulcérations, on peut encore les confondre avec les tumeurs scrofuleuses, les ulcérations calleuses simples et les diverses variétés de cancers. Boyer attachait une grande importance au siége de ces tumeurs dans la partie profonde de l'organe, pour en établir le diagnostic ; mais il s'en faut beaucoup que cette disposition soit exclusive aux nodus syphilitiques. Il en est de même de l'*indolence*, que l'on rencontre aussi dans les tumeurs fibreuses, hématiques et quelquefois même au début des tumeurs cancéreuses. Enfin la coïncidence d'accidens syphilitiques dans d'autres parties du corps, bien que donnant sur leur nature des présomptions très grandes, n'établit point à cet égard de certitude. La véritable pierre de touche, c'est le traitement antisyphilitique, non pas seulement mercuriel, lequel est parfois impuissant ou même nuisible dans ces cas, mais celui par les préparations iodurées associées aux sudorifiques.

Pronostic. — Le pronostic des affections syphilitiques tertiaires

est toujours grave ; elles supposent toujours une altération profonde de la constitution, une sorte de cachexie que les médications les plus rationnelles ont souvent de la peine à faire disparaître complétement.

Traitement. — Avant l'application de l'iode au traitement des affections syphilitiques, les nodus de la langue, ainsi que beaucoup d'autres symptômes tertiaires résistaient souvent aux médications les plus sagement combinées. Cependant les syphiliographes modernes, M. Ricord en particulier, me paraissent avoir exagéré l'impuissance de la médication mercurielle.

Voici comment s'explique M. Ricord : (1) « Ce traitement, dit-il, doit avoir pour but principal de soutenir et de renforcer la constitution. Il faut se rappeler ici qu'on a affaire à une maladie grave et longue, qu'aucune médication ne peut enlever d'emblée. Ces symptômes se présentant en général chez les sujets chez lesquels la vérole a résisté aux mercuriaux, ceux-ci n'ont sur eux aucune puissance et si l'on en pousse imprudemment l'usage jusqu'à produire les accidens qui peuvent suivre leur emploi, on ajoute à la gravité de la maladie.

Le mercure dans l'affection qui nous occupe n'est positivement indiqué que dans les cas où, à la suite de la fonte purulente, il reste des ulcères à base indurée et à bords calleux. »

Nous ne saurions adopter entièrement cette manière de voir contre laquelle réclame l'expérience des plus illustres praticiens. Dans son immense pratique, Boyer (2) affirme être toujours parvenu à guérir ces affections en imposant aux malades un traitement antivénérien général (qui de son temps avait pour base exclusive les préparations mercurielles et les sudorifiques), et en leur faisant tenir fréquemment dans la bouche du suc de laitue. Telle était aussi l'opinion de Culle-

(1) *Traité des maladies syphilit.* 662.

(2) Boyer *nouv. édit.* t. V 289. — *Anc. édit.* t. VI 391.

rier (l'ancien) et de presque tous les syphiliographes de son temps.

Il existe comme on le voit, entre ces opinions, une différence considérable. Cependant en étudiant de près la question, on voit que la contradiction n'est peut-être pas aussi grande qu'elle le semble au premier coup-d'œil.

Avant les recherches récentes sur l'évolution de la syphilis et surtout avant l'introduction des préparations iodurées dans le traitement de ces affections, on rangeait fréquemment dans la classe des tumeurs malignes ou cancéreuses celles qui résistaient au traitement généralement en usage. De sorte qu'on ne conservait dans la classe des tumeurs syphilitiques que celles dont la guérison pouvait être obtenue par le mercure. Il en résulte que la proposition de Boyer, qui dit avoir guéri toutes ces tumeurs par les traitemens mercuriels et sudorifiques, n'a plus rien d'exorbitant. Celles qu'il ne guérissait pas étaient considérées comme des tumeurs malignes. L'observation suivante de Cullerier est bien propre à faire comprendre cette proposition; elle a trait à une affection évidemment syphilitique que Cullerier considère comme cancéreuse quoiqu'il l'ait guérie par la tisane de Feltz (1).

N° 47. — *Tumeur syphilitique de la langue prise pour un cancer* (Cullerier).

« *Observation.* — Marie R., âgée de 42 ans, née à Chartres, entra à l'hôpital des syphilitisés vers la fin de l'année 1820; née de parens sains, elle avait épousé un ancien militaire bien portant et sur la santé duquel elle n'avait aucun renseignement. Elle me dit que quinze ou dix-huit mois auparavant elle s'était aperçue de la présence d'un tubercule à l'un des côtés de la langue; que peu-à-peu l'engorgement avait gagné la plus grande partie de l'organe et que la maladie était graduellement arrivée à l'état où je l'observais. Marie R. avait été soignée dans son pays; on lui avait fait subir plusieurs traite-

(1) *Journal de Sédillot, 2e série* t. 23 p. 77.

mens antisyphilitiques sans le moindre avantage. Au contraire la maladie s'était aggravée, et les médecins désespérant de la guérison l'avaient envoyée à Paris dans l'idée, peut-être, qu'elle y trouverait des secours plus efficaces. Elle nous fut adressée. Bien que je ne crusse pas que la maladie fût syphilitique, je me décidai à garder cette malheureuse dans mon service.

« Voici l'état dans lequel elle était : toute la partie mobile de la langue était détruite. Le reste était un moignon sillonné profondément par des ulcères à bords élevés, inégaux, durs, tuberculeux; les ganglions lymphatiques sous-maxillaires étaient gonflés et en suppuration. Il y avait un ulcère fistuleux vers la symphyse du menton. Il ne restait que six dents à la mâchoire inférieure, lesquelles n'étant plus soutenues s'étaient renversées presque horizontalement en-dedans; celles de la mâchoire supérieure avaient conservé leur direction. Les lèvres, l'intérieur des joues, le voile du palais, ses piliers, les amygdales, le pharynx, en général la membrane muqueuse buccale, ne présentait aucune altération pathologique. La face de la malade était ridée, grimaçante, surtout lorsqu'elle voulait parler; on y découvrait l'expression de la souffrance, et pourtant la fille R. n'en ressentait aucune; la face était amaigrie, mais le reste du corps était dans un état d'embonpoint raisonnable.

Je bornai la médication à des adoucissans, je prescrivis des boissons mucilagineuses, des gargarismes de même nature, des cataplasmes émolliens, un régime doux. Cependant l'érosion continuait de faire des progrès, le moignon diminuait; il se fondait pour ainsi dire en suppuration; l'état des glandes ne changeait point. Après quelques semaines la situation de la maladie n'avait pas changée a l'avantage de la fille R., elle allait toujours de mal en pis, au contraire elle prenait peu de tisane à cause de la difficulté toujours croissante qu'elle avait à l'avaler à mesure que la langue se détruisait.

J'eus pourtant l'idée d'essayer la tisane antimoniale de Feltz sans

addition mercurielle. Cette tisane composée de salsepareille, d'ichthyocolle et de sulfure d'antimoine bien lavé, passa bien ; elle ne produisit pas d'irritation notable à l'estomac. La malade en fit usage pendant trois mois, durant lesquels le reste de la langue disparut. La cicatrice se ferma et la bouche ouverte formait à la fin de ce traitement une cavité tout-à-fait vide comme s'il n'y avait jamais eu de langue. Le plancher de la bouche présentait un plan uni, à la partie postérieure duquel on apercevait l'épiglotte légèrement tuméfiée. Il ne resta que trois dents à la mâchoire inférieure, couchées horizontalement en dedans et vacillantes. Les ganglions lymphatiques restèrent un peu saillans, mais moins engorgés. Les forces de la malade s'étaient relevées, l'embonpoint se soutenait, elle se nourrissait assez bien. Elle parlait très peu à cause de sa difficulté à se faire entendre. Lors de son entrée à l'hôpital, elle pouvait encore s'expliquer tant bien que mal ; mais lorsque l'organe fut entièrement détruit, on devait croire qu'elle serait tout-à-fait muette. Cependant, elle parvenait encore à se faire comprendre des personnes habituées comme moi à l'écouter. R... cessa toute espèce de remède ; mais j'étais loin de la croire guérie, quoique la cavité buccale n'offrît aucune trace d'ulcération. On sentait en portant un doigt dans la bouche et le pouce sous le menton, que le tissu intermédiaire était dur, inégal dans son épaisseur.

Depuis plusieurs mois R... était dans le même état, ses forces se maintenaient : voyant arriver la mauvaise saison, elle désirait retourner dans son pays ; je la retenais toujours. J'allais cependant céder à ses instances, lorsqu'à la suite d'un travail plus fort que de coutume, par un temps froid et humide, elle fut prise d'une pleuro-pneumonie qui la fit périr le 19 novembre 1821.

L'autopsie fut faite le lendemain ; nous trouvâmes des signes non équivoques de la maladie aiguë à laquelle cette fille venait de succomber. La dissection de la bouche fut faite avec soin. La peau sous le menton était très adhérente aux parties sous-jacentes et offrait des

cicatrices d'anciens abcès ; plusieurs ganglions lymphatiques étaient durs et gros ; l'engorgement s'étendait au tissu lamelleux sur les faces interne et externe du muscle ptérygoïdien interne gauche ou l'on remarquait du pus réuni en un foyer provenant de la carie du bord inférieur de la branche gauche de la mâchoire inférieure près l'angle de cet os.

Les muscles qui se rendent à la langue et ceux qui composent la masse sous-linguale, tels que le génioglosse, l'hyoglosse, le styloglosse, le génio-hyoïdien, le mylo-hyoïdien étaient transformés en un tissu lardacé, cérébriforme. L'os maxillaire inférieur était devenu fragile ; il s'est fracturé à la symphyse par un léger effort ; le bord alvéolaire ne présentait plus que trois dents molaires renversées horizontalement, vacillantes et laissant voir à nu leurs racines ; il offrait une érosion dans l'étendue de plus d'un pouce vers sa partie moyenne.

Quoi qu'il en soit, lorsque le malade n'aura pas subi de traitement régulier par les préparations mercurielles, il importera de l'y soumettre en observant avec soin les effets qui en résultent, et en combinant surtout l'usage du mercure avec celui des sudorifiques, de la ciguë, et fréquemment aussi des toniques amers ou des préparations ferrugineuses, selon les indications spéciales qui résulteraient de l'état général de la constitution.

Mais, si, comme cela s'observe le plus souvent, les malades ont été déjà soumis à des traitemens mercuriels plus ou moins réguliers ; et si, sous cette influence, leur état ne s'est point amendé, il est convenable de recourir immédiatement à l'usage des préparations d'iode. Parmi ces préparations, je signalerai surtout l'iodure de potassium, administré à la dose d'un à 2 grammes par jour. En même temps on administre des amers, des toniques, des ferrugineux, et surtout on surveille l'hygiène du malade avec soin.

Traitement local. — Il est rare que les nodus de la langue résis-

tent à un traitement bien dirigé; mais, si leur résolution tardait trop à s'opérer, et si leur présence occasionnait une gêne considérable, le malade désirait en être débarrassé promptement, on pourrait avoir recours à l'extirpation. Ces tumeurs avant leur période de ramollissement et d'ulcération sont en général peu adhérentes aux parties voisines, et leur énucléation est ordinairement facile.

Quand la suppuration est établie, et qu'il existe autour de la tumeur des phénomènes inflammatoires, le traitement local consiste à faire de fréquentes lotions par des gargarismes simples, ou par des irrigations, afin de débarrasser la bouche des matières sanieuses qui suintent continuellement de ces ulcères.

N° 48. — *Tumeur syphilitique de la langue prise pour un cancer, guérie par le sublimé.* (*Journal de Vandermonde*, 1769, t. XXXI, p. 115).

Dans le courant de l'année 1760, Akemide fut consulté par une femme, âgée de 50 ans environ, dont la langue, après avoir été pendant quelque temps tuméfiée et squirrheuse, devint enfin ulcérée et cancéreuse. Elle sentait des douleurs très aiguës dans l'ulcère et les parties voisines. Le sublimé corrosif qu'on lui administra à la dose d'un quart de grain, deux fois par jour, et le soin qu'on prit de lui tenir le ventre libre, guérirent presque entièrement cette maladie en quelques semaines. L'ulcère fut cicatrisé, les douleurs s'évanouirent, et il ne resta presque rien de la tumeur.

Anévrysmes.

La langue peut être le siége de diverses tumeurs anévrysmales que nous rangerons, pour la commodité de la description, en deux groupes seulement: les anévrysmes diffus et les anévrysmes circonscrits.

Anévrysme faux primitif de l'artère linguale. — J'ai vu un

accident de ce genre chez un jeune homme qui, dans un moment de désespoir, s'était tiré sous le menton un coup de pistolet. La balle avait traversé la langue à la base et dans son trajet avait déchiré l'une des branches des artères linguales. Il en résulta d'abord une hémorrhagie abondante; mais celle-ci s'arrêta bientôt par la formation de caillots qui obstruaient l'un et l'autre orifice. Cependant, comme le sang continua à s'écouler dans le trajet de la balle, il en résulta une accumulation assez considérable de ce liquide pour donner à l'organe un volume double au moins du volume normal. Puis, de temps en temps, le sang se frayant une issue entre les caillots et les parties voisines, s'écoulait au dehors, d'où résultait une hémorrhagie inquiétante.

Dans cette circonstance, j'évacuai d'abord le sang et les caillots contenus dans l'épaisseur de l'organe, au moyen de pressions douces, puis, espérant que le vaisseau blessé, dont le volume ne pouvait être considérable, s'oblitérerait promptement sous l'influence d'une compression méthodique, j'y procédai de la manière suivante :

A l'aide d'un stylet aiguillé, je passai dans toute la longueur du trajet de la plaie un fil double dont les chefs sortaient, l'un par l'orifice supérieur, l'autre par l'orifice inférieur; au chef supérieur j'attachai un petit tampon de charpie bien serrée, puis, tirant sur le chef inférieur, j'amenai le tampon à l'orifice supérieur de la plaie, qu'il bouchait exactement. Prenant ensuite un autre tampon plus volumineux, je le plaçai sous le menton, à l'orifice inférieur de la plaie, et là, l'étreignant avec les deux fils, je le serrai fortement, de manière à le rapprocher du tampon supérieur, reproduisant ainsi, pour ce cas exceptionnel, le tamponnement tel qu'on le pratique aux fosses nasales.

Malheureusement la lésion de l'artère était telle, que le tamponnement manquait d'efficacité pour en obtenir l'occlusion définitive. Après plusieurs jours d'application de ce moyen, l'hémorrhagie re-

parut. J'eus alors recours à la ligature du vaisseau blessé, que je mis à découvert en agrandissant le trajet de la plaie. Là je reconnus que l'artère ranine du côté gauche avait été coupée incomplétement par la balle, ce qui m'expliqua la persistance de l'hémorrhagie. On sait, en effet, que dans les divisions incomplètes des artères, lors même que ces artères n'ont qu'un volume peu considérable, il est toujours très difficile d'arrêter l'écoulement sanguin; tandis qu'on en vient facilement à bout, quand le vaisseau est complétement divisé.

Symptômes. — L'anévrysme diffus ou faux primitif dans l'épaisseur de la langue se manifeste sous forme d'une tumeur vague, non circonscrite, indolente, molle, fluctuante, dans laquelle on ne perçoit presque jamais de battemens, à peine même quelquefois un léger frémissement. Cette tumeur s'est développée consécutivement à une blessure profonde de l'organe; tout-à-coup, si la plaie a été faite par un instrument tranchant, quelquefois seulement au bout de plusieurs heures, de plusieurs jours, si la plaie résulte d'un coup de feu : cela tient à ce que parfois la plaie artérielle ne devient libre qu'à la chute de l'eschare.

En même temps que le sang s'épanche à l'intérieur, il s'en fait presque toujours au dehors un écoulement plus ou moins considérable. Cette hémorrhagie n'est pas continue, des caillots obstruent l'orifice de la plaie et l'arrêtent. Mais bientôt, sous l'influence du moindre effort ou par la simple accumulation graduelle du sang, l'hémorrhagie reparaît pour s'arrêter de nouveau et reparaître encore.

Pronostic. — L'anévrysme faux primitif est toujours une maladie sérieuse; mais celui de la langue emprunte à la position et aux fonctions de l'organe qu'il occupe, une gravité toute particulière. La tuméfaction considérable de la langue, en effet, peut gêner les fonctions digestives et respiratoires; d'une autre part, le sang qui s'écoule est

souvent avalé par le malade, d'où les nausées, les vomissemens, la syncope. D'autres fois enfin, il peut, s'il vient à s'écouler avec abondance, pénétrer dans les voies aériennes et provoquer des quintes de toux, dangereuses en ce qu'elles excitent encore l'hémorrhagie.

A ces accidens s'ajoutent encore ceux qui résultent de l'inflammation. Ainsi, en effet, si le foyer de l'anévrysme vient à s'enflammer, à suppurer, comme il occupe une vaste étendue, que ses limites mal définies se prolongent en divers sens, entre les couches musculaires de l'organe, il se manifeste une réaction inflammatoire à laquelle le malade peut succomber, ou bien il s'établit une suppuration, qui chez un malade fatigué de pertes de sang abondantes peut amener un épuisement fatal. Les choses ne se passent pas toujours nécessairement ainsi, il se peut que, dans des cas plus favorables, ou bien la maladie se transforme en un anévrysme faux circonscrit ou faux consécutif, ou bien le vaisseau lésé s'oblitère, et la guérison a lieu.

Traitement.—Deux choses principales doivent surtout préoccuper le chirurgien dans le traitement de l'anévrysme faux consécutif de la langue : l'hémorrhagie et les accidens inflammatoires.

I. Parmi les nombreux moyens hémostatiques que l'art possède pour arrêter l'écoulement de sang, il en est trois surtout qui peuvent trouver ici leur application : ce sont la cautérisation, la compression et la ligature. Quel que soit le moyen préféré, il faut toujours préalablement débarrasser la plaie du sang qui l'obstrue, et la transforme en une sorte de poche anfractueuse.

1° *Cautérisation.* — Si après avoir nettoyé la plaie, le chirurgien apercevait le vaisseau qui est la source de l'hémorrhagie, il pourrait, ainsi que l'a fait Brasdor (Boyer, 1, 157), porter un stylet rougi au feu directement sur l'endroit d'où sort le sang, de manière à y former une eschare. Ce moyen aurait encore des chances de succès, quand bien

même on n'apercevrait pas le vaisseau, pourvu que le trajet de la plaie n'ait pas une grande profondeur.

2° *La compression.* — Bien que la langue soit peu favorablement disposée pour recevoir l'action d'un bandage compressif, il est des cas pourtant où le tamponnement, tel que je l'ai décrit dans l'observation citée plus haut, pourrait avoir de l'avantage. Ce sont ceux surtout où l'artère, étant complétement divisée, il suffit d'opposer pendant un ou deux jours un obstacle mécanique au cours du sang pour que le vaisseau soit oblitéré d'une manière solide.

3° *La ligature.* — La ligature est certainement le moyen le plus certain, et celui qui convient au plus grand nombre de cas. On peut l'exécuter de trois manières : 1° par le procédé de la ligature médiate, qui consiste à embrasser dans une anse de fil, passée avec une aiguille courbe, les parties molles du sein desquelles semble venir l'hémorrhagie. Ce moyen est fort expéditif, mais son inconvénient capital est d'exposer à manquer le vaisseau ; 2° par la ligature directe du vaisseau blessé au niveau même de la blessure; c'est le moyen le plus sûr, mais il présente souvent de graves difficultés dans l'exécution; 3° enfin par la ligature du tronc même du vaisseau, dans un point éloigné de la maladie par l'un des procédés connus.

II. *Traitemens des accidens consécutifs.* — Une fois l'hémorrhagie arrêtée, le chirurgien doit s'occuper du foyer même de la tumeur, surveiller le développement de l'inflammation, et la combattre si elle dépasse les bornes régulières.

Anévrysmes circonscrits. — Les exemples d'anévrysmes circonscrits dans l'épaisseur de la langue sont fort rares dans la science, je ne connais que celui rapporté par Colomb, dans ses *Œuvres médico-chirurgicales*, p. 451 ; encore n'est-il pas bien certain que ce pré-

tendu anévrysme ne fût pas quelque tumeur érectile. Voici du reste l'observation : (1).

L'anévrysme circonscrit de la langue doit se montrer plutôt à la face inférieure de la langue où rampent les ranines, qu'à la face supérieure de cet organe, où l'on ne trouve que des artérioles presque capillaires.

Il peut être le résultat de la blessure d'une artère ranine (anévrysme faux consécutif), ou bien se développer spontanément. Il se présente sous la forme d'une petite tumeur pulsative. Cette tumeur est parfois susceptible de se laisser déprimer en tout ou en partie, pour reparaître aussitôt que cesse la compression; d'autres fois, au contraire, elle résiste à la pression et présente une certaine fermeté; dans ce cas là les battemens sont plus obscurs.

On pourrait confondre cette affection avec une tumeur érectile artérielle; mais si l'on observe d'une part, que dans cette variété de tumeurs érectiles le tissu de la membrane muqueuse participe toujours à la maladie, tandis qu'elle recouvre seulement l'anévrysme sans en faire partie, d'une autre part, que leur mode d'origine est essentiellement différent, on évitera facilement l'erreur.

L'anévrysme circonscrit des artères de la langue n'est jamais une maladie grave, il est toujours facile d'y remédier par la ligature, la ligature médiate surtout, qui épargne une dissection minutieuse et difficile. Le procédé suivi par Colomb me paraît digne d'être imité. Si quelque circonstance, telle que le volume, joint à la position profonde de la tumeur, s'opposait à l'emploi de cette méthode, on aurait recours à la ligature de l'artère linguale par l'un des procédés connus.

N^e^ 49. — *Observation sur un anévrysme à la langue.* — (*Œuvres médico-chirurgicales de Colomb*).

M. de Vauginois, supérieur du séminaire de Saint-Irénée, de cette ville, envoya

(1) *Œuvres médico-chirurgicales* de Colomb. *Obs. sur un anévrysme de la langue.*

chez moi un séminariste, âgé d'environ 18 ans, pour me consulter sur une espèce d'aphonie ou privation de la voix toutes les fois qu'il parlait avec force et vivacité. Cette incommodité s'était manifestée insensiblement depuis plusieurs mois et elle augmentait tous les jours. Il se plaignait d'avoir une tumeur sur la langue qui la faisait enfler, en arrêtait les mouvemens et l'empêchait de parler. Il avait observé que le volume de cette tumeur diminuait, que sa langue était plus libre lorsqu'il ne parlait pas ou s'exprimait doucement.

J'examinai cette tumeur : elle était située au centre de la partie moyenne et supérieure de la langue ; elle avait la grosseur d'une petite noisette molle et circonscrite. J'aperçus des pulsations et frémissemens au-dedans en la touchant avec le doigt. Cette tumeur provenait de la dilatation d'une artériole qui formait dans cette partie un anévrysme vrai qui augmentait nécessairement de volume lorsque ce jeune homme parlait avec force, augmentation qui gênait la circulation du sang dans cet organe, d'où résultait l'engorgement et le défaut de parole.

Je lui proposai de le délivrer de cette maladie par une opération aussi peu douloureuse que prompte à guérir. Il s'y détermina, et le jour suivant, je me rendis chez madame Chaix la mère, place du Change, où il était logé, et je procédai à l'opération de cet anévrysme. Un élève en chirurgie tenant la pointe de la langue avec un linge, j'embrassai l'artère avec une aiguille courbée, garnie d'un double fil ciré, en la passant dans l'épaisseur du muscle releveur de la langue, à 2 lignes environ au-dessus de l'anévrysme. Je plaçai une seconde ligature au dessous de la tumeur, à la même distance de la supérieure, et dans l'anse de ces deux ligatures, je mis un petit morceau d'agaric fin et souple, et je serrai alors convenablament. J'ouvris ensuite selon la direction des fibres de la langue, le centre de l'anévrysme avec la pointe d'une lancette, et il n'en sortit que le sang contenu dans la tumeur.

Je prévins le malade que la langue s'engorgerait, qu'elle s'étendrait hors de la bouche, et qu'il eût à tenir un bâton de réglisse entre les dents molaires des deux côtés de la mâchoire pour empêcher aux dents incisives de couper la langue ; qu'après le troisième jour, elle reprendrait insensiblement son état naturel. Je lui conseillai, pour cet effet, d'observer une diète sévère, de boire abondamment de l'eau d'orge édulcorée avec du miel blanc, de s'humecter la langue continuellement. Je coupai les points d'aiguille le cinquième jour qui fut celui de l'entière guérison du malade. Je l'invitai cependant à user encore de régime pendant quelques jours, d'alimens faciles à mâcher, à parler peu et surtout très doucement.

Varices.

On rencontre assez fréquemment chez les vieillards des dilatations variqueuses des veines, surtout à la face inférieure de cet organe. Je ne sache pas qu'elles aient jamais offert un volume assez considérable pour gêner les malades et pour exiger un traitement quelconque. du reste, la plupart des méthodes thérapeutiques proposées contre les varices des membres, leur serait applicable.

Tumeurs érectiles de la langue.

Les tumeurs érectiles, nœvi materni, tumeurs fongueuses sanguines peuvent se développer sur la langue comme sur tout autre point de la muqueuse buccale, et s'y présentent sous leurs deux formes principales : tumeurs artérielles, tumeurs veineuses.

Les tumeurs érectiles artérielles se développent principalement à la surface de la langue, et semblent avoir leur point de départ dans le tissu même de la membrane muqueuse. Elles s'annoncent ordinairement au moment même de la naissance ou peu de jours après, par une petite tache ou une petite élevure qui souvent reste stationnaire pendant plusieurs années, puis prend tout-à-coup un accroissement rapide. On la voit alors s'étendre en largeur, se gonfler et s'élever à la surface de l'organe en même temps que sa base s'enfonce plus ou moins profondément dans son épaisseur. Leur couleur d'un rouge vif, leur donne l'aspect d'une fraise ou d'une framboise. On y sent quelquefois une sorte de frémissement ou des pulsations véritables, isochrones aux battemens du cœur. La compression exercée sur elles les réduit de volume et les fait pâlir; les efforts, les

cris au contraire, les rendent plus turgides. Si elles viennent à s'excoriés, elles versent avec abondance un sang vermeil dont l'écoulement est cependant en général facile à arrêter. La même chose arrive quand on les pique; enfin elles ont une disposition malheureuse à dégénérer en cancer, sous l'influence d'irritations fréquemment répétées.

Les tumeurs veineuses apparaissent par fois dès la naissance, mais souvent aussi, comme je l'ai vu à Bicêtre, elles se développent dans un âge avancé. Ces tumeurs mal circonscrites s'étendent plus en largeur qu'en profondeur. La membrane muqueuse qui les recouvre, plus ou moins amincie ou adhérente, présente une teinte bleuâtre générale, essentiellement différente de la couleur vive des tumeurs artérielles. Assez fréquemment elles sont entourées de veines dilatées ou paraissent elles-mêmes formées par des vaisseaux noueux; elles offrent au toucher la sensation d'un corps mou et souple, ne sont agitées par aucun battement, disparaissent complétement par la compression et reviennent à leur volume par degrés dès qu'on cesse de presser sur elles; la suspension de la respiration, les efforts augmentent leur volume et rendent leur couleur plus foncée. Moins exposées aux hémorrhagies que les tumeurs artérielles, elles n'en sont pas cependant tout-à-fait exemptes.

Diagnostic. — Bien peu de maladies de la langue peuvent être confondues avec les tumeurs érectiles de cet organe. L'aspect bleuâtre, la compressibilité et l'indolence parfaite des tumeurs érectiles veineuses, les feront facilement reconnaître. Quant aux tumeurs artérielles, leur couleur vive, l'écoulement sanguin abondant qu'elles fournissent quand on les pique, leur mode de développement surtout ne permettent guères de les confondre avec d'autres productions.

Pronostic.—Les tumeurs érectiles de la langue sont plus graves

que celles développées dans beaucoup d'autres points à cause de la gêne qu'elles apportent aux mouvemens si variés et si nécessaires de cet organe, à cause surtout des froissemens répétés auxquels elles sont exposées de la part des dents dans les mouvemens des mâchoires. Mais d'un autre côté elles sont assez facilement accessibles aux moyens curatifs les plus efficaces.

Traitement. — Parmi les nombreux moyens proposés pour la guérison des tumeurs érectiles il en est un certain nombre qui ne peuvent trouver leur application aux tumeurs érectiles de la langue. Ainsi l'inoculation du vaccin ou de la pourriture d'hôpital, la cautérisation avec la potasse ou le caustique de Vienne, la compression, le tatouage, la transfixion avec les épingles laissées à demeure, le séton, l'incision, les injections irritantes, la ligature des branches artérielles, la ligature des troncs principaux sont d'une application difficile ou dangereuse., tandis que la cautérisation au fer rouge, le broiement, l'extirpation, mais surtout la ligature par un des nombreux procédés connus, permettent de les attaquer efficacement. Il est encore un moyen tout spécial aux tumeurs érectiles de la langue, et qui a donné à Brown un résultat complet, je veux parler de l'administration du mercure poussée jusqu'à salivation. Ce moyen cependant a des inconvéniens qui m'empêchent de l'accepter, malgré le succès de Brown, attendu qu'il en est d'autres plus expéditifs et plus surs.

Nous décrirons plus tard, à l'occasion du cancer, les diverses opérations de cautérisation, de ligature, etc.

N° 50. — *Tumeur érectile de la langue, guérie par le mercure, observée par J. Brown* (*The Lancet.*, 30 mars 1833).—*Archives.*—1.—1833.—p. 582 (J. Bronw).

En novembre 1829, une jeune fille de 18 ans, vint consulter M. Brown pour une tumeur de la langue qui l'inquiétait beaucoup. Cette tumeur avait été remarquée très peu de temps après sa naissance ; elle était alors très petite et était restée stationnaire

pendant plusieurs années ; mais depuis quelque temps, elle faisait des progrès. La jeune fille avait reçu les soins de plusieurs médecins. L'année précédente, un chirurgien ayant fait une ponction dans la tumeur, avait déterminé une hémorrhagie inquiétante. En examinant la langue, M. Brown trouva une tumeur aussi volumineuse qu'une grosse fraise, située au côté gauche de la face inférieure de la langue, à un pouce de sa pointe. Elle s'étendait un peu au-delà du bord de la langue. Elle était molle, compressible, d'un rouge pourpre, et semblait consister en un amas de vaisseaux sanguins. En la saisissant entre le doigt indicateur et le pouce, on sentait une pulsation évidente. Le médecin anglais en conclut que c'était une tumeur de la nature de celles auxquelles on a donné le nom d'anévrysmes par anastomose, et, comme elle augmentait tous les jours, il pensa qu'il était nécessaire de l'enlever.

La santé générale de la jeune fille n'était pas bonne ; elle avait souvent des douleurs dans l'estomac, des nausées, des barborygmes, de la constipation. En conséquence, avant de fixer le jour de l'opération, on lui prescrivit quatre grains de mercure (*blue pill*), le soir, tous les deux jours, et un doux purgatif le matin du jour intermédiaire ; ce traitement devait durer trois semaines. Au bout de quinze jours, elle était prise de tous les accidens de la salivation mercurielle. Son haleine était extrêmement fétide, et la salive coulait hors de la bouche. Peu de jours après, la langue s'enfla considérablement et se couvrit d'ulcères très douloureux, et malgré la petite quantité de mercure qu'elle avait prise, elle resta dans cet état pendant cinq semaines. Tant que la langue fut tuméfiée, la tumeur fut invisible ; mais cette circonstance parut toute ordinaire et fixa peu l'attention. Quels furent le plaisir de la malade et l'étonnement du médecin, lorsqu'ils s'aperçurent, quand la langue eut repris son volume normal, que cette tumeur avait tout-à-fait disparu, laissant à sa place une légère excavation ! Tous les accidens cessèrent bientôt, et M. Brown cessa de revoir sa malade. Quatre mois après, il eut occasion de la revoir, il n'y avait aucun vestige de la tumeur.

Tumeurs hématiques.

Ces tumeurs, signalées principalement par M. Velpeau qui le premier en a donné une description exacte, ont leur source dans un épanchement de sang. La matière qui les compose est granuleuse ou

fibrineuse et d'une teinte inégale, jaunâtre, grise ou rousse ou brunâtre.

Les tumeurs hématiques ne causent habituellement aucune souffrance et ne gênent réellement que par leur volume. M. Velpeau, pense qu'elles sont susceptibles de dégénérer et de subir des transformations de mauvaise nature. C'est une question encore indécise.

Aucun topique, aucune médication interne ne peut en triompher : la chirurgie seule peut en débarrasser les malades. Parmi les moyens de destruction applicables aux tumeurs en général, c'est l'extirpation par le bistouri ou la ligature qui leur convient le mieux, elles ne sont point sujettes à la récidive.

Je me borne à cette simple indication n'ayant point d'élémens pour en tracer l'histoire.

Tumeurs fibreuses.

Les tumeurs fibreuses peuvent se développer dans la langue ainsi que dans un grand nombre d'organes. Ces tumeurs, dit M. Velpeau (1), ordinairement globuleuses, quoique plus ou moins bosselées, sont dures, élastiques, d'une teinte grisâtre, d'une contexture fibreuse et mamelonnées. Les unes se créent une espèce de kyste dans les tissus, les autres se confondent d'une manière si intime avec les élémens voisins qu'il est impossible de les en séparer par énucléation.

Ces tumeurs ne causent par elles-mêmes aucun accident autre que ceux qui peuvent résulter de leur volume. Elles sont complétement indolentes, leur marche est essentiellement chronique et jamais elles ne rétrogradent.

Le seul traitement que l'art puisse leur opposer, c'est l'extirpa-

(1) *Médecine opératoire*, t. III, p. 186.

tion qui en général ne présente pas de grandes difficultés. Elles ne sont point sujettes à la récidive.

Tumeurs graisseuses.

Le tissu cellulo-graisseux intérieur de la langue est remarquable par son extrême finesse et par son peu de résistance; il est plus abondant en arrière et en bas qu'en avant et en haut. C'est là que les tumeurs graisseuses peuvent plus facilement se développer.

Les tumeurs constituées par de la graisse peuvent revêtir des formes variées, mais ordinairement globuleuses, essentiellement bénignes et indolentes, elles n'entraînent habituellement par elles-mêmes aucun danger et ne gênent en réalité que par leur volume. Cependant elles peuvent, dans certaines circonstances, être affectées d'inflammation, et cette inflammation peut, comme dans les tissus normaux, se terminer par résolution ou bien produire la fonte purulente de la tumeur. Quelquefois on a vu des productions malignes se développer dans un lipôme, mais on ne peut pas dire que ce soit le lipôme qui se soit transformé en cancer, et que cette transformation cancéreuse soit une conséquence de l'évolution de la tumeur. Le cancer s'est développé là comme il peut se développer partout ailleurs.

Le lipôme ne disparaît presque jamais spontanément ni par l'action de médicamens internes ou externes. Le seul moyen d'en débarrasser l'organisme est d'en faire l'extirpation. C'est encore l'opération par le bistouri ou la ligature qui conviennent dans ces circonstances.

Tumeurs enkystées de la langue.

Dans la langue comme dans toutes les autres parties du corps, il peut se développer des kystes de diverse nature ; mais les plus fréquens sont sans contredit les kystes séreux. Ces tumeurs se développent principalement à la base de la langue ; on peut les rencontrer aussi vers la pointe, ainsi que M. le professeur Dubois en a rapporté un cas remarquable, ou bien encore à la partie inférieure, près du frein, comme M. Blandin en cite un exemple. Le plus souvent ils occupent la superficie de l'organe, mais ils peuvent aussi se cacher dans sa profondeur.

Leur origine nous échappe le plus souvent là comme dans les autres organes ; nous croyons inutile de reproduire ici toutes les théories qui ont été proposées à cet égard, ce serait empiéter sur le domaine de la pathologie générale. Je dirai seulement que la fréquence plus grande des kystes séreux à la base de la langue trouve une explication assez plausible dans la présence en ce point de nombreuses glandules analogues à celles qui tapissent la plupart des points de la cavité buccale.

Quand ces kystes sont superficiels, qu'ils ont des parois minces, et que le liquide qu'ils contiennent est transparent, il est ordinairement facile de les distinguer des autres tumeurs indolentes et globuleuses, tels que les nodus syphilitiques, les tumeurs fibreuses, les cancers enkystés, les tubercules. Mais quand leurs parois sont opaques et qu'ils occupent la profondeur de l'organe, le diagnostic est souvent des plus obscurs, le chirurgien n'ayant plus alors pour le guider que des données peu précises, telles que les circonstances de leur développement, la coïncidence de certaines affections antérieures. Or souvent ces circonstances sont insuffisantes pour éclairer la question ; reste alors la ponction exploratrice.

Les kystes appartiennent à la classe des tumeurs bénignes, ils peu-

vent cependant, quand ils occupent certaines parties de la langue, ou bien qu'ils ont acquis un volume considérable, offrir de la gravité par la gêne qu'ils apportent dans l'exercice de fonctions importantes.

Le petit malade, cité par M. Dubois, était menacé de mourir d'inanition par l'obstacle que la maladie apportait à l'action de teter.

Traitement. —Le traitement des kystes de la langue est en général fort simple, quelle que soit du reste leur nature : hématique, hydatique ou séreuse simple. Cela tient à leur position en général superficielle, qui les rend facilement accessibles; à la texture molle de l'organe, qui lui permet de revenir facilement sur lui-même pour combler la place qu'occupait la tumeur : enfin au peu de danger qu'il y a de blesser des organes importans dans les opérations exigées par ces tumeurs.

Des nombreux moyens thérapeutiques conseillés contre les kystes en général, il n'y a guère que la ponction, l'incision, l'injection et l'extirpation qui méritent d'être employées. Ici c'est par la simple ponction que M. Paul Dubois a guéri ce kyste séreux dont nous rapportons plus loin l'observation. C'est aussi la ponction qu'il est en général convenable d'employer toutes les fois que les parois du kyste sont molles et peu épaisses. Si une première ponction ne réussissait pas on pourrait en faire une seconde, ou bien avoir recours à l'incision. Ce second moyen est peu douloureux et présente peu d'inconvéniens, il est plus efficace que la ponction simple. Si l'une et l'autre de ces méthodes étaient suivies de la récidive de la tumeur, l'injection dans son intérieur d'un liquide irritant, de la teinture d'iode étendue de deux tiers d'eau en ferait certainement justice. Enfin si le kyste était peu volumineux et facilement accessible on pourrait avoir recours à l'extirpation; ainsi que M. Blandin l'a fait avec succès dans un cas où le kyste semblait s'être développé aux dépens de la petite glande que ce professeur a découvert dans l'épaisseur

même de la langue, au-dessus des replis frangés de cet organe et du faisceau commun des muscles lingual et styloglosse (1). Voici cette observation :

Obs. n° 51.— Kyste séreux de la langue.— (Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, t. XI, p. 19.)

« Nous avons dit M. Blandin a enlevé tout récemment à un malade une tumeur enkystée de la langue, qui s'était formée sur les côtés du frein de cet organe. Ce kyste, gros comme une aveline, renfermait une matière filante tout-à-fait semblable à celle de la grenouillette. Cette production était-elle un follicule lingual oblitéré à son goulot, et dilaté, ou bien ne serait-ce pas une grenouillette spéciale, une tumeur formée par la dilatation de l'un des canaux excréteurs de la langue linguale que nous avons décrite. Nous ne saurions décider cette question complétement, toutefois la dernière supposition nous paraît probable. »

Obs. n° 52. — Observations sur une maladie congénitale de la langue par M. Paul Dubois. — (Gazette médicale, 1833, p. 133.)

« J'ai été consulté le mois dernier pour un enfant né depuis deux jours, et dont la langue était atteinte d'une maladie congéniale dont je vais essayer de donner une idée exacte. Toute la partie antérieure et libre de cet organe, au lieu d'être légèrement aplatie comme elle l'est en général, était au contraire arrondie, tendue, et avait le volume et la forme d'une grosse noisette ; la partie postérieure et adhérente de la langue jusqu'à sa base avait son apparence ordinaire ; l'enfant, gêné sans doute par le volume de la partie malade la portait souvent hors de sa bouche, et il était alors facile de l'examiner. La face inférieure de la langue paraissait formée par une membrane mince, transpa-

(1) Blandin, *Anat. descript.*, t. I, 696.

rente, tendue ayant une teinte blanche légèrement nuancée de violet dans quelques points, et parcourue sur toute sa surface par des arborisations vasculaires très fines. Le doigt appliqué sur ce point de l'organe y sentait une fluctuation manifeste; en un mot toute cette partie de la région inférieure et libre de la langue offrait exactement l'aspect que présente un sac herniaire qui vient d'être mis à découvert, et qui est distendu par un liquide séreux très abondant, ou, pour nous rapprocher davantage de l'organe qui nous occupe, celui qu'offre la surface de la tumeur sublinguale connue sous le nom de grenouillette. L'enfant avalait, sans beaucoup de difficulté, les liquides qu'on présentait à sa bouche avec une cuiller; mais il lui était impossible de prendre le sein de sa nourrice, et l'on conçoit aisément que la rondeur et la tension de la langue s'opposaient complétement à ce que la face supérieure de cet organe pût se creuser en gouttière pour recevoir le mamelon et le tenir embrassé. Cette circonstance surtout engagea les parens à s'éclairer de plusieurs avis, et notre confrère, M. Mauquelin, qui avait reçu cet enfant les engagea à me consulter. Je n'avais pas encore vu d'affection de ce genre chez un enfant nouveau-né, et je ne pense pas qu'aucun fait semblable ait été publié. Je fus donc incertain d'abord, et j'examinai en conséquence la maladie avec une scrupuleuse attention, et après cet examen je résolus de pratiquer une incision peu étendue ou même une simple ponction sur la face inférieure de la langue, ce que je fis très facilement avec la pointe d'un bistouri, après avoir saisi l'organe entre le pouce et l'indicateur de la main gauche; à peine la ponction était-elle faite qu'un liquide visqueux, parfaitement semblable à du blanc d'œuf, par la couleur et la consistance s'écoula en assez grande quantité; la poche, je devrais dire la langue, se vida entièrement à l'aide d'une légère pression, une ou deux stries sanguinolentes s'aperçurent à peine; la langue s'aplatit et reprit en un instant sa forme naturelle. Comme il ne s'écoulait pas de sang, et que par conséquent il n'y avait rien à craindre de l'exercice de la

succion, le sein de la nourrice fut présenté presque aussitôt; l'enfant le saisit avec avec facilité et teta pour la première fois, aucun accident ne vint compliquer cet état de choses. »

« Le lendemain la langue offrait une légère tuméfaction qui ne s'opposait pas à l'allaitement et qui se dissipa d'ailleurs en partie dans la journée même et disparut entièrement le jour suivant. La reproduction d'un nouveau liquide dans la poche membraneuse n'eut pas lieu, quoiqu'il fût assez naturel de le craindre. Vingt jours se sont écoulés depuis l'opération; l'enfant se porte et se nourrit à merveille. »

« Quelle est la nature et la cause de l'affection congéniale qui s'est offerte à mon observation? Cette question me paraît facile à résoudre: il existait entre cette affection et celle qui est connue sous le nom de ranule ou grenouillette une trop remarquable analogie sous le rapport de la forme, du volume et de l'apparence extérieure des parois, et surtout des caractères tout particuliers du fluide évacué par l'opération; enfin elle était trop rapprochée du lieu qu'occupe ordinairement la tumeur produite par l'oblitération des conduits de Warthon pour qu'il soit possible d'assigner à celle que nous avons observée une autre nature et une autre origine. »

« La maladie que nous avons fait connaître n'était donc autre chose qu'une grenouillette congéniale, différant toutefois de cette maladie à l'état ordinaire en ce qu'au lieu de reposer comme elle et d'adhérer au plancher même de la bouche, fort près du lieu où la langue cesse d'être libre, et de n'avoir avec la face inférieure de cet organe que de simples rapports de contiguité, elle était placée au-devant du frein, dans l'épaisseur même de la partie antérieure et libre de la langue, dont elle faisait pour ainsi dire partie, et elle était complétement étrangère au plancher de la bouche. Il est probable alors, si mon opinion est fondée, que le conduit ou les conduits de Warthon, au lieu de se terminer au-dessous de la langue et sur les côtés du frein, comme cela s'observe en général, se prolongeaient jusque dans l'épaisseur de la portion libre de l'organe, sous la membrane

muqueuse qui le tapisse, à moins que l'on admette, ce qui serait plus juste peut-être, que la tumeur salivaire dont je viens de parler résultait de la dilatation de l'un des conduits excréteurs des petites glandes linguales qui existent à la partie inférieure de la langue, entre le lingual et le génioglosse; dans cette hypothèse, le fait que je publie prouverait, ce qui était resté incertain jusqu'à ce jour, que ces petits organes sont réellement une dépendance de l'appareil sécréteur de la salive. »

« Enfin, si je ne me suis pas trompé sur la nature de la tumeur qui s'est offerte à mon observation, et il ne me semble pas qu'une erreur ait été possible, l'existence de cette maladie congéniale démontrerait non-seulement que les organes sécréteurs de la salive, développés, comme on le sait, à une époque assez rapprochée de la conception, sont en exercice avant la naissance, mais encore la consistance du liquide contenu dans la poche que j'ai dû ouvrir porterait à penser que les fonctions de ces organes s'accomplissent, en partie du moins, assez long-temps avant le terme de la vie intra-utérine. »

« Je terminerai par une dernière observation. L'opération que j'ai pratiquée a consisté dans une incision de peu d'étendue, et il est évident qu'elle a suffi, puisque aucune accumulation nouvelle de liquide ne s'est faite depuis. J'ai pourtant craint que cet accident n'arrivât, et, dans ce cas, j'avais l'intention de pincer la paroi du sac et d'en exciser une petite partie. Si cette excision avait donné lieu à un écoulement de sang trop abondant, j'aurais cautérisé le pourtour de la plaie avec le nitrate d'argent; je présume toutefois que l'action même de la langue pendant les efforts de succion, la compression légère et l'aplatissement qu'elle éprouve chaque fois que l'enfant tient le mamelon, sont des circonstances qui, chez l'enfant nouveau-né, contribueront presque toujours à l'évacuation parfaite du liquide, et s'opposeront à ce qu'il s'accumule de nouveau, dans les cas du moins qui ressembleront à celui que je viens d'exposer. »

« J'ai cru devoir rapporter *in extenso* les réflexions que ce cas sin-

gulier a suggérées à l'illustre professeur. Mais je suis loin cependant de partager son opinion sur la nature de cette maladie. Rien ne prouve, en effet, que chez cet enfant les conduits de Warthon ou ceux de la glande de Blandin fussent prolongés au-delà de leurs limites normales. Cette opinion n'a pour elle ni l'observation directe, ni l'analogie; tout me porte à croire, au contraire, que la tumeur n'était autre qu'un kyste séreux, comme on en rencontre si fréquemment sur les différens points des parois de la cavité buccale. »

Hydatides.

Les vers acéphalocystes peuvent se développer dans la langue, ainsi que dans presque tous les organes parenclymateux. Ils y forment des tumeurs indolentes régulièrement arrondies, élastiques, tout-à-fait semblable à des kystes séreux, dont il n'est guère possible de les distinguer.

Ils ne produisent d'autre inconvénient, que la gêne qui résulte de leur volume.

Leur traitement consisterait à les vider par une simple incision, et à solliciter l'inflammation du kyste, ou bien à en faire l'extirpation, s'il offrait peu d'adhérence.

Hypertrophie des papilles de la langue.

Nous nous contenterons de rapporter l'observation publiée sous

ce titre dans la *Gazette des hôpitaux*, 1845, 293, n'ayant aucun élément pour tracer l'histoire de cette singulière affection.

N° 53. — *Hypertrophie des papilles de la langue*, par M. Steinbeck de Brandebourg. — (*Gaz. des hôp.*, t. 1845. p. 292).

M. Steinbeck a observé un cas d'hypertrophie des papilles de la langue chez un militaire âgé de 60 ans, qui, malgré toutes les remontrances possibles, avait pris l'habitude de se gratter fortement la langue, tous les matins, avec une petite lame en baleine. Il survint chez ce sujet un état gastrique, qui fut combattu heureusement par l'administration d'un émétique, suivi de l'emploi des résolutifs et des purgatifs.

Pendant la durée de cette affection, le malade avait cessé de se gratter la langue; mais cependant, à sa grande frayeur, les papilles de cet organe, surtout vers la base, avaient acquis dans l'espace de huit jours, un volume tel que la déglutition et l'émission des sons se trouvaient fortement embarrassées.

Après une application de sangsues au cou, on fit toucher de temps en temps les points malades avec une solution d'iodure de potassium, et, sous l'influence de cette médication, la guérison se trouva complète au bout de quinze jours.

Tumeurs éléphantiasiques.

Les tubercules de l'éléphantiasis des Grecs peuvent, ainsi que j'ai eu l'occasion d'en observer un cas remarquable, se manifester sur la langue aussi bien que sur tous les points de la muqueuse buccale et principalement sur la peau du visage. Ces tubercules commencent par des macules d'une teinte fauve dont un des caractères les plus remarquables, est une insensibilité presque complète. Après un état stationnaire extrêmement variable, aux taches succèdent de petites tumeurs rougeâtres ou livides dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noix et plus.

Quelquefois ces tubercules s'enflamment et deviennent alors le siége d'ulcérations blafardes et de mauvaise nature.

On reconnaît facilement ces tubercules en ce qu'ils ne sont jamais isolés, mais, au contraire, coïncident avec le développement de tubercules semblables sur le visage, le nez, les oreilles, le front et divers points du tronc et des membres.

Essentiellement liés à l'affection générale dont ils ne sont qu'un phénomène, ils participent à son pronostic et à son traitement que je ne crois pas convenable d'exposer ici. On peut cependant avoir intérêt à les combattre directement, quand leur présence gêne les fonctions de l'organe; dans ces cas alors, il faut avoir recours à l'extirpation.

Névromes.

On a donné le nom de névrômes à de petites tumeurs sous tégumentaires dont le caractère dominant est de causer de temps à autre, et à la moindre occasion, des irradiations douloureuses excessivement aiguës, qui ne cèdent à aucun remède et qui font le tourment des malades. Ces petites tumeurs, que plusieurs pathologistes ont placées dans les nerfs, auxquels un grand nombre d'autres observateurs les croient étrangères, ont généralement l'aspect du tissu squirrheux ou de l'encéphaloïde à l'état dur; d'autres fois celui du tissu fibreux, ou bien encore ne ressemblent à aucun autre tissu morbide.

Ces tumeurs peuvent-elles se développer à la langue? Je n'en connais aucun exemple. En tout cas, si elles s'y rencontraient, on les reconnaîtrait facilement aux caractères que nous avons indiqués, et à leur position sur le trajet du nef lingual. Le seul traitement efficace de ces tumeurs est l'extirpation, c'est donc à elle qu'il faudrait avoir recours.

Tubercules et engorgement scrofuleux.

Les tubercules de la langue sont extrêmement rares. La seule observation qui me paraisse se rapporter à cette affection est celle que cite Portal dans son *Anatomie médicale*, page 527, tome IV. « Une femme, dit-il, atteinte de scrofules, avait la langue si volumineuse qu'elle pouvait à peine la contenir dans la cavité de la bouche. Cette femme étant morte, à la suite du temps appelé critique, j'examinai sa langue, que je trouvai pleine de concrétions *stéatomateuses* dont quelques-unes étaient globuleuses de la grosseur d'un pois. »

Dans la langue, comme dans tous les organes, les tubercules ont une marche ordinairement lente; après être restés pendant assez longtemps stationnaires, ils se ramollissent en déterminant dans les tissus voisins un travail inflammatoire qui se termine par la suppuration et l'ulcération. Alors le pus et la matière tuberculeuse mélangés sont rejetés au dehors et l'excavation qui en résulte après avoir longtemps encore suppuré se déterge et finit par se cicatriser.

Il est rare que des tubercules se développent dans un organe parenchymateux comme la langue, sans que les ganglions correspondans participent à la maladie. Il est rare aussi que cette manifestation morbide soit isolée et qu'on ne rencontre pas dans divers autres points du corps des engorgemens semblables. En général aussi les malades ont tous les attributs de la constitution scrofuleuse, ce qui joint aux symptômes locaux propres aux tubercules, ne laissent guère d'incertitude dans l'esprit d'un praticien attentif.

Pronostic. — Par eux-mêmes les tubercules de la langue n'entraînent pas de danger immédiats pour l'individu, à moins, toutefois, qu'ils n'occupent la base de l'organe et que le travail inflammatoire qui accompagne leur ramollissement ne vienne à s'étendre du côté de l'ouverture supérieure du larynx; ou bien, encore, que leur

volume ne prenne un accroissement considérable. Mais si la vie du malade est rarement compromise, les fonctions de la langue sont nécessairement gênées.

Le traitement des engorgemens strumeux et tuberculeux de la langue est général ou local, le premier n'est autre que traitement de l'affection scrofuleuse qui repose principalement sur les moyens hygiéniques. Air pur et sec, insolation, exercices manuels, bains sulfureux, alcalins ou iodés, préparations toniques d'iode, de fer, de quinquina, etc.

Le traitement local consiste dans les bains locaux, les détersifs ou bien surtout l'extirpation. On ne doit se décider à cette opération que dans les cas où la tumeur apporterait un trouble considérable dans les fonctions digestives, respiratoires ou de relation.

Cancer de la langue.

La langue est souvent le siége de la dégénérescence cancéreuse. Il n'est presque aucune forme de cette affection qu'on n'y ait rencontré. C'est tantôt une ulcération superficielle, à son but, qui gagne ensuite de proche en proche, et finit par envahir une grande portion de l'organe; tantôt une petite tumeur pédiculée qui fait saillie à sa surface, tantôt une production isolée renfermée dans une sorte de kyste; d'autres fois, et bien plus souvent une masse irrégulière développée dans la profondeur de son tissu, avec ou sans relation primitive avec la membrane muqueuse; ou bien enfin une sorte de transformation atrophique qui racornit l'organe, et le soude, pour ainsi dire, au plancher de la bouche.

Examiné dans sa nature, le cancer nous offre toutes les variétés connues, le squirrhe, l'encéphaloïde, le cancer colloïde et le cancer

mélané. On y rencontre aussi cette autre variété de productions morbides, désignée sous le nom de tumeurs cancroïdes, par quelques observateurs modernes :

1° *Tumeurs squirrheuses.*—Ces tumeurs désignées sous le nom de *carcinomatous sarcoma*, par Abernethy, sont constitués par une matière très résistante; ayant une teinte d'un blanc bleuâtre qui, par sa couleur et sa résistance, se rapproche de la couenne du lard, et par des fibres blanchâtres dont la forme et la disposition présentent des variétés nombreuses. Tantôt elles semblent enroulées confusément; tantôt au contraire on les voit disposées en rayons réguliers, qui souvent s'étendent au loin dans la profondeur de l'organe. Les recherches microscopiques modernes y ont fait reconnaître l'existence de cellules particulières, désignées sous le nom de cellules cancéreuses. Mais ces cellules sont généralement moins développées que dans la forme encéphaloïde. « Il est rare, dit Vogel (1) qu'elles contiennent de nombreux cytoblastes; le plus ordinairement elles sont petites, arrondies, ellyptiques, grenues. » Cette forme cancéreuse est encore remarquable par son peu de vascularité; quelques auteurs même, Scarpa entre autres, y ont même nié l'existence de vaisseaux.

A leur début, les tumeurs squirrheuses de la langue se présentent sous deux formes fondamentales, circonscrites ou diffuses. Les premières sont généralement sphéroïdes, dures, développées dans l'épaisseur de la membrane muqueuse, ou dans les parties immédiatement sous-jacentes. Les tumeurs diffuses présentent de nombreuses variétés, ce sont surtout des plaques résistantes, irrégulières, développées à la surface de l'organe; tantôt des masses imparfaitement limitées, qui se prolongent au loin sous forme de rayon au milieu des parties saines. C'est à cette variété qu'appartient la variété connue sous le nom de squirrhe athrophique, et dans laquelle on voit la

(1) *Anat. pat. gén.*, 297.

langue se raccourcir graduellement et finir presque par disparaître, ainsi que M. Morel-Lavallée en a présenté dernièrement un cas remarquable à la Société de chirurgie.

La marche de ces tumeurs est ordinairement lente, elles peuvent rester pendant plusieurs mois, plusieurs années même, sans manifester leur présence par de graves accidens. C'est à peine si de loin en loin elles sont le siége de douleurs lancinantes, rapides et fugaces. Mais il arrive un moment où leur évolution marche avec plus de rapidité; on les voit alors s'accroître en envahissant les parties voisines avec lesquelles elles étaient devenues d'abord adhérentes. En même temps les douleurs se répètent plus souvent et parfois s'irradient dans toute la mâchoire. Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires et cervicaux s'engorgent, tous ces phénomènes indiquent que la tumeur est en voie de ramollissement, et qu'il se forme à son intérieur des excavations irrégulières, contenant une sorte de gelée demi-transparente, quelquefois salie par un peu de sang. Bientôt la tumeur devient raboteuse à sa surface, la muqueuse revêt une teinte violacée à sa surface, s'amincit et s'ulcère. Les ulcérations, qui succèdent à ce travail de ramollissement, ont une surface irrégulière, grisâtre ou lie de vin, recouverte de fongosités molasses; leurs bords déchiquetés conservent une dureté calleuse.

Arrivé à cette période, le squirrhe de la langue ne tarde pas, s'il ne l'a déjà fait, à franchir les limites de l'organe; on le voit envahir graduellement les piliers du voile du palais, les amygdales, le pharynx, les lèvres, et se propager par les vaisseaux lymphatiques, aux ganglions du cou, qui finissent eux-mêmes par se ramollir et s'ulcérer. En même temps apparaissent les symptômes de la cachexie. Pendant ce long travail, et long-temps avant l'ulcération, la langue, enchaînée pour ainsi dire, dans ses mouvemens par la dégénérescence de ses muscles, et les adhérences qu'elle a contractées avec les parties voisines, n'exécute plus qu'imparfaitement ses fonctions; la parole est embarrassée, la mastication et la déglutition deviennent de plus

en plus difficiles, l'expuition surtout est presqu'impossible, ce qui joint à l'épaississement de la salive et à son mélange avec l'ichor cancéreux, quand les ulcérations existent, constitue un supplice de tous les instans. La bouche exhale en même temps une odeur repoussante; et la sanie cancéreuse, imprégnant les substances alimentaires, donne lieu, du côté des voies digestives, à des accidens graves qui contribuent à précipiter le terme fatal.

2. Tumeurs encéphaloïdes. — Ce sont de toutes les productions cancéreuses, celles qu'on rencontre le plus fréquemment à la langue. Elles sont constituées par une substance semi-transparente, opaline, d'un blanc bleuâtre, dans laquelle le microscope démontre; 1° l'existence de grandes cellules renfermant elles-mêmes des cellules plus petites où se trouvent de nombreux cytoblastes; 2° des cellules plus petites, irrégulières, qui présentent des prolongemens en forme de queue ou de ramification. Cette substance se trouve contenue dans les aréoles d'une trame cellulo-fibreuse extrêmement fine, au milieu de laquelle se développe, surtout à la période de ramollissement, de nombreux réseaux vasculaires. Les tumeurs encéphaloïdes de la langue, affectent dans leur disposition trois formes fondamentales. Ce sont tantôt des noyaux arrondis, exactement isolés par une membrane ou kyste, dont l'épaisseur a quelquefois près d'un millimètre (encéphaloïde enkysté). Tantôt des masses séparées en lobes par des scissures profondes, mais enveloppées par un tissu cellulaire condensé, qui les isole incomplétement des parties voisines (encéphaloïde conglomeré). D'autres fois enfin, la matière cancéreuse pénètre le tissu même de la langue, et s'infiltre au milieu de la trame organique, sans aucune délimitation précise (encéphaloïde infiltré).

Indépendamment de ces trois formes fondamentales, le cancer encéphaloïde revêt encore des formes secondaires très variées; c'est lui que l'on voit former à la surface de l'organe des tumeurs pédiculées ou sessiles; d'autres fois constituer dans sa profondeur des noyaux

arrondis, ou des masses irrégulières bosselées, qui peuvent acquérir des dimensions considérables.

A sa première période le cancer encéphaloïde de la langue peut rester long-temps stationnaire; mais quand son évolution commence elle se fait avec une effroyable rapidité; on voit pour ainsi dire la tumeur grossir de jour en jour, soit en refoulant les tissus, si la tumeur est enkystée ou conglomérée, soit en les envahissant quand elle appartient à la forme infiltrée, pendant ce travail la tumeur devient élastique, comme fluctuante, et semble contenir un liquide; l'irritation ne tarde pas alors à se propager aux ganglions sous-maxillaires et cervicaux qui s'engorgent; elle s'étend même au-delà, jusqu'aux ganglions thoraciques. Quelquefois ces phénomènes s'accomplissent sans douleurs vives, mais le plus souvent ils sont accompagnés d'élancemens cruels, qui révèlent énergiquement toute la gravité de la maladie.

A part les cas exceptionnels où l'encéphaloïde ne forme qu'une petite tumeur pédiculée, et pour ainsi dire isolée de l'organe, la langue augmente de volume, remplit la cavité buccale, et n'exécute plus qu'imparfaitement ses fonctions. Quelquefois même, venant faire, pour ainsi dire, hernie à travers l'orifice buccal, elle subit de la part des arcades dentaires une sorte d'étranglement, qui contribue encore à hâter les progrès de la maladie.

A mesure que la tumeur augmente de volume, son tissu se ramollit, et se transforme en une bouillie rosée, quelquefois mélangée de caillots sanguins. L'ulcération ne tarde pas alors à survenir. Dans ce cas la maladie prend tout-à-coup une autre physionomie. De la face ulcérée s'écoule incessamment un ichor fétide, auquel se mêlent fréquemment des portions plus ou moins considérables de la tumeur, qui tombent en putrilage, et laissent à leur place des excavations profondes. Dans d'autres points l'ulcère boursouflé se recouvre de végétations fongueuses, qui tombent et se reproduisent incessamment; en même temps se déclarent des hémorrhagies abondantes

qui épuisent le malade. Quand ces accidens ne précipitent pas le terme fatal, la dégénérescence encéphaloïde envahit toutes les parois buccales, le pharynx, le larynx même, d'où la mort par suffocation; ou bien elle détermine une cachexie profonde, à laquelle s'ajoutent encore les phénomènes d'empoisonnement putride et d'inanition, par suite de la déglutition imparfaite ou le mélange de l'ichor cancéreux avec les substances alimentaires.

3° *Mélanose.* — Il existe encore à l'égard de la mélanose une grande confusion dans la science. Certains pathologistes accordent cette dénomination à tous les dépôts accidentels de matière noire au milieu de nos tissus. Ils ne tiennent compte ni de la nature même de cette matière noire, ni de son état d'isolement ou de mélange avec certaines autres productions. Or, la matière noire qui constitue ces dépôts est loin d'être toujours la même; tantôt c'est le pigment grenu normal lui-même, tantôt c'est une matière résultant de l'altération de l'hématine, d'autres fois enfin, ce n'est autre chose qu'un sulfure noir de fer. Sous le point de vue de son isolement ou de son mélange avec d'autres productions, les différences sont encore plus tranchées. On voit cette matière noire imprégner des tissus d'ailleurs sains, sans paraître en rien gêner leurs fonctions; d'autres fois elle forme des masses ou tumeurs isolées, qui peuvent rester indéfiniment au sein de nos tissus, sans manifester leur présence par aucun phénomène autre que leur coloration et leur saillie, quand elles existent à la surface du corps. J'en ai vu plusieurs exemples à Bicêtre, chez des vieillards qui portaient ces sortes de tumeurs depuis bien des années; d'autres fois on les trouve mélangées aux tissus malades, et principalement l'encéphaloïde, dont elle ne modifie en rien la marche et la gravité; d'autres fois enfin elle constitue des tumeurs, dont l'évolution a des caractères particuliers. Celles-là seules me paraissent mériter une attention spéciale. Ce sont de petites tumeurs dures, peu élastiques, de couleur noirâtre, souvent indolentes ou

donnant lieu à des douleurs faibles, non caractéristiques. Ces tumeurs, presque toujours multiples, peuvent rester longtemps stationnaires, puis leurs dimensions augmentent, et bientôt elles s'excorient tantôt spontanément, le plus souvent par le fait de causes accidentelles. La surface ulcérée verse continuellement un liquide noir, à-peu-près inodore; en même temps surviennent une prostration générale des forces, une diminution de la sensibilité, une sorte d'apathie, qui rend le malade indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Cette affection entraîne ordinairement la mort au bout de deux ou trois ans. Les ganglions lymphatiques restent étrangers à la maladie.

4° *Cancer colloïde, gélatiniforme ou aréolaire.* — On l'observe encore plus rarement à la langue que le précédent. Il se présente sous forme gélatineuse, composée d'alvéoles distinctes, assez irrégulières, variant du volume d'un grain de millet à celui d'un gros pois; formées de parois minces, d'apparence fibreuse; ces alvéoles contiennent une substance demi-transparente, jaunâtre, visqueuse, difficile à exprimer par la compression. Ce liquide, examiné au microscope a quelquefois un aspect amorphe; mais d'autres fois, dit Vogel (1), il contient des cellules très pâles, différentes des cellules cancéreuses ordinaires par leur volume plus considérable et leurs parois plus minces; Muller admet que chacune de ces cellules contient des cellules plus petites encore, qui en définitive renferment des globules creux, pourvus d'un noyau libre, qui se développe et devient lui-même une cellule. Cela donne à cette espèce de cancer une certaine analogie avec les hydatides. Cette production est remarquable par l'absence de vaisseaux et de tout travail phlegmasique dans les parties voisines. Sa marche est lente, il acquiert un volume considérable avant de s'ulcérer. Mais, ainsi que toutes les autres formes cancéreuses, il se propage aux ganglions lymphatiques, et finit par infecter

(1) Page 302, *loco citato.*

l'organisme tout entier en déterminant la cachexie, si toutefois les accidens locaux n'entraînent pas la mort auparavant.

5° *Cancer épithéliale ou mieux productions cancroïdes.* — Les anatomo-pathologistes désignent sous ce nom des tumeurs malignes dont les éléments semblent, au premier aspect, complétement analogues à ceux de l'épiderme ou de certains épithélium, mais dans lesquels un examen plus attentif fait reconnaître les germes de l'élément cancéreux. « Dans le noyau des cellules épithéliales normales, dit M. Mandl (1), il existe souvent un ou deux petits points noirâtres, incommensurables, que l'on appelle habituellement nucléoles. Ces produits ne présentent aucune transparence au centre; dans les cellules cancroïdes, au contraire, on peut toujours observer une ou deux taches d'apparence graisseuse, ayant un diamètre de 2 à 3 millièmes de millimètre. L'existence de ces taches forme un caractère différentiel des cellules normales de l'épithélium et des cellules cancroïdes. »

Quoi qu'il en soit, les productions cancroïdes se manifestent assez fréquemment à la langue, où elles revêtent à leur début la forme tuberculeuse. La maladie, d'abord superficielle et occupant ordinairement la pointe de la langue, paraît sous l'apparence d'un petit bouton ou d'une verrue qui semble d'abord n'offrir aucun mauvais caractère, et qui conserve quelquefois fort long-temps l'apparence d'une bénignité insidieuse. Après être restée long-temps dans cet état, la tumeur devient le siége d'un certaine cuisson qui porte le malade à l'irriter avec les dents; sa base alors s'élargit, pendant que son sommet se ramollit, se fend et se déchire : il en résulte une ulcération en forme de crevasse d'où s'écoule une sérosité jaunâtrs sanguinolente. L'ulcère cancéreux est constitué. Dès ce moment, il fait des progrès rapides : sa surface s'élargit, elle devient fongueuse et inégale; ses

(1) *Thèse de Paris*, 1845, Gubetta.

bords, durs et calleux, se renversent en dehors, il s'en écoule incessamment une sanie fétide. En même temps apparaissent les douleurs lancinantes, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et tout le cortège des cancers confirmés.

Diagnostic. — Le diagnostic des affections cancéreuses de la langue est certainement un des points les plus importans de leur histoire, puisque c'est sur lui que reposent les déterminations presque toujours fort graves que le chirurgien est appelé à prendre relativement à leur traitement. Malheureusement il est dans un grand nombre de cas hérissé de tant de difficultés, entouré de tant d'incertitude, que le praticien le plus exercé n'est pas toujours sûr d'arriver à un résultat exact. Combien de fois, en effet, n'a-t-on pas vu des chirurgiens du plus grand mérite déclarer cancéreuses des tumeurs, avec ou sans ulcération, que la simple avulsion d'une dent, ou qu'un traitement antisyphilitique par le mercure, par la ciguë, par l'iode, les préparations d'or, faisaient disparaître. Combien n'a-t-on pas enlevé de ces prétendus cancers par la ligature ou l'instrument tranchant lorsqu'il eut suffi pour les guérir d'un traitement intérieur. Combien d'autre part, et bien plus souvent peut-être, n'a-t-on pas dirigé contre des cancers réels des traitemens prolongés, qui n'avaient d'autre résultat que d'épuiser l'organisation des malades et de laisser au mal, circonscrit et facilement curable à son début, le temps de prendre un accroissement funeste. C'est alors que par une détermination tardive, le chirurgien se trouve entraîné à des opérations effroyables, et trop souvent impuissantes à empêcher une repullulation mortelle.

C'est dans leur première période et avant l'ulcération que les cancers en imposent le plus souvent pour des maladies d'une autre nature, ou peuvent être simulées par elles; et c'est malheureusement à cette époque que le diagnostic aurait le plus d'utilité sous le point de vue de la thérapeutique. Dans la seconde période, lorsque le cortége effrayant des symptômes du cancer se manifestent, il est rare de se

tromper sur la nature du mal ; cependant, alors encore il n'est pas sans exemple que des tumeurs syphilitiques en aient imposé pour des affections cancéreuses incurables, et soient devenues mortelles faute du traitement convenable.

Nous allons dans un exposé succinct essayer d'établir les moyens propres à éviter, autant que possible, ces erreurs funestes ; et comme en étudiant, d'après un ordre méthodique, toutes les tumeurs dont la langue peut être le siége, nous avons noté, à l'occasion de chacune d'elles, l'histoire de leurs symptômes, et les affections avec lesquelles on peut les confondre, nous allons les étudier sous un autre point de vue, en les groupant suivant l'ordre de leur analogie.

1° A l'état de verrue ou de production sessile, circonscrite et superficielle, le cancer épithéliale, et c'est le seul qui revête cette forme, ne peut guère être confondu qu'avec des tumeurs érectiles, ou bien avec des végétations syphilitiques. On le distinguera des tumeurs érectiles par son origine récente, par son aspect non vasculaire, sa dureté, l'absence d'écoulement sanguin si l'on vient à le piquer avec une aiguille. Quant aux végétations syphilitiques, il en diffère surtout par sa base plus large, son induration plus franche, et, un peu plus tard, par le fendillement de sa surface, le suintement ichoreux qu'il fournit, les douleurs lancinantes dont il est le siége. D'autre part, les végétations syphilitiques se lient à une infection générale dont il existe ordinairement d'autres symptômes ; elles sont elles-mêmes le plus souvent multiples. Dans le doute il ne serait pas convenable, s'il n'existait pas d'autre manifestation syphilitique, de soumettre le malade à un traitement par les préparations mercurielles ; il vaudrait mieux recourir de suite à l'extirpation, qui, dans ce cas, constitue une opération simple, et convient également à l'une et à l'autre affection. Si après l'extirpation on avait intérêt à connaître la nature de la tumeur, le microscope pourrait donner, à cet égard, des indications positives.

2° *Tumeurs pédiculées.* — Il n'y a guère que le cancer encéphaloïde que l'on observe sous cette forme. A l'état d'indolence, on peut le confondre avec un condylôme syphilitique, un polype fibreux, une tumeur érectile ou une simple hypertrophie des papilles. — *a.* L'hypertrophie des papilles est un fait très rare, on ne l'a observé que sous l'influence d'une irritation récente; et les caractères n'en sont pas assez bien établis pour que nous puissions en donner une description exacte. — *b.* Quant aux condylômes syphilitiques, ils diffèrent des polypes encéphaloïdes par un grand nombre de caractères; leur développement s'est fait presque toujours sur un chancre en voie de réparation, ou sur une plaque muqueuse; ils sont presque toujours multiples; tantôt aplatis et disposés en crête de coq, tantôt grenus et profondément déchiquetés en forme de choux-fleurs; tandis que le polype sarcomateux se manifeste partout et sans affection préalable, qu'il affecte une disposition pyriforme, qu'il est ordinairement unique; de plus, le polype sarcomateux fait des progrès incessans et parvient à des dimensions considérables, en présentant toute la succession des phénomènes propres à une affection de cet ordre. — *c.* Les tumeurs érectiles de la langue ont plus de ressemblance avec les polypes sarcomateux de cet organe; comme eux, ils ont une forme arrondie, un aspect charnu; mais outre qu'elles sont souvent accompagnées d'un certain frémissement, ou de véritables pulsations, isochrones aux battemens du cœur, leur tissu présente une mollesse, une dépressibilité que n'offre point le cancer, et surtout la moindre piqûre faite avec une aiguille donne lieu à un écoulement sanguin abondant. — *d. Polypes fibreux.* — Ce genre de tumeur est excessivement rare à la langue, ils affectent du reste les mêmes formes, le même aspect que les polypes sarcomateux; mais leur densité toute particulière permet en général de les distinguer. Il serait plus difficile de les différencier des polypes squirrheux, dont les caractères extérieurs, avant la période de ramollissement et d'ulcération, sont absolument les mêmes. Cette incertitude dans le diagnostic n'en-

traîne du reste que peu d'inconvénient, car l'une et l'autre forme de tumeur réclament un traitement identique, la ligature ou l'extirpation.

3° *Tumeurs interstitielles.* — Nous désignerons sous cette dénomination, les tumeurs plus ou moins volumineuses, qui n'occupent plus seulement la superficie de la muqueuse, mais se sont aussi développées dans la profondeur de l'organe. Presque toutes les productions morbides de la langue peuvent affecter cette forme; aussi, quand elles se présentent sous cet aspect, leur diagnostic différentiel présente-t-il souvent beaucoup d'incertitude. Pour aplanir autant que possible ces difficultés, nous chercherons à établir la distinction de deux variétés principales de cancer qui peuvent se présenter sous la forme de tumeur interstitielle; puis nous diviserons les autres tumeurs en deux catégories : 1° celles qui ont des caractères distinctifs et pathognomoniques, qui rendent leur diagnostic facile, et qu'on ne peut, par conséquent, confondre avec aucune forme de cancer; 2° celles dont les caractères ne sont pas assez saillans pour qu'il soit possible d'établir d'emblée cette distinction.

1° *Diagnostic différentiel des deux principales variétés de cancer squirrhe et encéphaloïde à l'état de tumeurs interstitielles.* — Le *squirrhe* à l'état de tumeur interstitielle affecte deux formes principales; tantôt il constitue des noyaux sphéroïdes développés dans l'épaisseur de la membrane muqueuse ou dans les parties immédiatement sous-jacentes, tantôt il forme des plaques ou des engorgemens diffus, bosselés, inégaux. Quelle que soit sa forme, il est surtout remarquable par sa dureté cartilagineuse, par la prompte adhérence de la membrane muqueuse, par son volume généralement peu considérable, et quelquefois par un racornissement caractéristique des parties voisines qui semblent attirées vers le centre de la maladie pour venir s'y fondre en tissu dur et lardacé. Souvent à cette période de son développement le squirrhe de la langue est tout-à-fait indolent, et les ganglions

lymphatiques intacts; d'autres fois au contraire il est déjà le siége de douleurs lancinantes, et l'engorgement s'est propagé aux ganglions sous-maxillaires et cervicaux.

Le *cancer encéphaloïde*, au contraire, présente en général une forme assez régulièrement arrondie ou lobulée; la membrane muqueuse reste long-temps intacte et sans adhérences, puis à mesure que la tumeur fait des progrès elle prend un aspect lisse et brillant. Au début les tumeurs ont une consistance élastique qui devient de plus en plus molle, et donne souvent, en divers points, la sensation d'une fluctuation réelle. Quant aux douleurs lancinantes et aux engorgemens ganglionnaires il y a peu de différence avec le squirrhe.

Le *cancer colloïde* constitue des tumeurs arrondies, molles et semi-fluctuantes dès leur début. Celles-ci progressent lentement sans douleurs lancinantes, mais elles donnent lieu à l'engorgement ganglionnaire et à sa dégénérescence, comme les deux formes précédentes. C'est une production morbide très rare à la langue.

La *mélanose* constitue de petites tumeurs dures peu élastiques, de couleur noirâtre, souvent indolente ou donnant lieu à des douleurs faibles non caractéristiques.

Le cancer épithéliale.—Celui-ci ne forme point ordinairement de masses interstitielles sans présenter à la surface de la muqueuse un bouton, une sorte de verrue qui long-temps a été le seul phénomène apparent de la maladie; ce n'est que plus tard que l'engorgement interstitiel s'est manifesté.

De ces considérations il résulte que les principales variétés du cancer ont, même quand elles revêtent la forme interstitielle, des caractères généralement assez distincts pour qu'il soit possible de les reconnaître dans le plus grand nombre des cas. Cependant il peut se faire, surtout quand ils occupent une région profonde ou qu'ils sont encore à leur début, que l'examen le plus attentif ne puisse pas arriver à les différencier d'une manière exacte. Ceci se conçoit facilement quand on songe que l'incertitude se prolonge parfois encore,

alors même que la tumeur soumise à l'extirpation peut être étudiée à l'aide du scalpel et du microscope.

2° *Diagnostic des tumeurs interstitielles qui se distinguent des diverses formes du cancer par des caractères nets et tranchés.* — Nous classerons dans cette catégorie : 1° les tumeurs inflammatoires aiguës ; glossite phlegmoneuse, circonscrite ou diffuse ; glossite mercurielle ; abcès dont la marche rapide n'a rien de commun avec les tumeurs cancéreuses ; 2° le gonflement ou prolongement chronique qu'il est généralement facile de reconnaître à sa tuméfaction uniforme et régulière, à un certain degré de souplesse, à l'absence de noyaux durs dans son intérieur, et surtout à son mode de développement, qui le plus souvent a son origine dans une disposition congéniale ; 3° les anévrysmes circonscrits développés sur le trajet d'une artère, et surtout animés d'un mouvement d'expansion caractéristique, isochrone aux battemens du cœur ; 4° les anévrysmes diffus ou faux primitifs, survenus immédiatement après une blessure et compliqués d'hémorrhagie ; 5° les varices et les tumeurs veineuses qui se distinguent à leur mollesse, leur dépressibilité, leurs circonvolutions noueuses, et surtout leur coloration bleuâtre ; 6° les tumeurs éléphantiasiques reconnaissables à leur insensibilité complète et à la co-existence de tumeurs semblables au visage et sur les membres ; 7° les tumeurs formées par des corps étrangers (balles, fragmens de dents), que l'on peut en général diagnostiquer facilement en ayant égard aux circonstances de leur apparition, à leur dureté métallique ou pierreuse, au petit trajet fistuleux qui les accompagne ordinairement et par lequel un stylet fin peut arriver jusqu'à eux ; 8° les nevrômes, ces tumeurs qui parfois sont des cancers se distingueront facilement des autres formes de cette affection, aux irradiations douloureuses excessivement aiguës auxquelles elles donnent lieu à la moindre occasion, et qui ne cèdent à aucun remède.

3° *Diagnostic des tumeurs interstitielles de la langue, dont les ca-*

ractères se rapprochent de ceux des diverses formes de cancer. — Les tumeurs interstitielles de la langue qui peuvent en imposer pour un cancer sont encore fort nombreuses, malgré l'élimination que nous avons déjà faite : ce sont les tumeurs hématiques, graisseuses, hydatiques, les kystes, les tubercules, les engorgemens scrofuleux, et surtout les tumeurs fibreuses et les nodus syphilitiques.

Les *tumeurs hématiques*, *graisseuses* et *hydatiques* sont tellement rares dans la langue, qu'il y a déjà peu de chance de commettre d'erreur à leur égard. Leur consistance molle et élastique les différencie suffisamment du squirrhe; et d'autre part elles n'ont point la marche ordinairement rapide, et les douleurs lancinantes du cancer encéphaloïde, ni la couleur noire de la mélanose; elles ne donnent point lieu à l'engorgement des ganglions, mais il faut bien l'avouer, ce ne sont pas là des caractères suffisans pour établir dans tous les cas un diagnostic certain.

Les *kystes et les tumeurs fibreuses* se rencontrent encore assez rarement dans la langue. Les premiers sont d'un diagnostic assez facile quand ils se montrent à la superficie; leur transparence et la fluctuation qu'ils présentent les font suffisamment distinguer; mais quand ils sont cachés dans la profondeur de l'organe, ils ont en général, ainsi que les tumeurs fibreuses, une dureté qui les fait prendre quelquefois pour des squirrhes ou plus souvent encore pour des encéphaloïdes à l'état de crudité. Une ponction exploratrice est le meilleur moyen de lever les doutes.

Les *engorgemens scrofuleux*, les *tubercules* peuvent aussi quelquefois simuler le cancer, d'autant plus qu'ils sont presque toujours comme les tumeurs cancéreuses accompagnés d'un engorgement des ganglions lymphatiques. On pourra les soupçonner en considérant la constitution scrofuleuse du malade et la coexistence d'engorgemens de même nature dans d'autres parties du corps. De plus, la langue affectée de tubercules ou d'engorgemens scrofuleux est ordi-

nairement pâle, légèrement œdémateuse, ce qui ne s'observe point habituellement dans les cancers.

Nodus syphilitiques.— Il n'est aucune classe de tumeurs interstitielles de la langue qui en ait imposé plus souvent pour un cancer, que celle des tumeurs syphilitiques tertiaires, à l'état de nodus ou d'engorgemens diffus. C'est surtout avec les tumeurs encéphaloïdes qu'ils offrent de l'analogie. Comme elles, ils sont à leur début globuleux, élastiques; la membrane muqueuse qui les recouvre conserve sa couleur, sa souplesse; comme elles, quand ils commencent à se ramollir, ils offrent à leur surface des points semi-fluctuans; ils déterminent l'engorgement des ganglions lymphatiques correspondans; il n'est pas jusqu'à la récidive après l'extirpation, qui ne se rencontre aussi dans les tumeurs syphilitiques tertiaires, ainsi que j'en ai observé plusieurs cas extrêmement remarquables. On pourra cependant, dans un bon nombre de cas, arriver au diagnostic, en ayant égard à la position particulière que ces tumeurs affectent de coutume (le centre de la langue, ainsi que l'a dit M. Boyer), à l'existence antérieure d'accidens syphilitiques constitutionnels, à la coexistence de quelques-uns de ces accidens dans d'autres parties du corps; mais il arrivera souvent encore que les doutes subsisteront malgré l'examen le plus attentif, et qu'il n'y aura d'autres ressources pour lever les incertitudes que l'administration d'un traitement antisyphilitique régulier, principalement celui par les préparations d'iode à haute dose. Malheureusement ce moyen de diagnostic n'est pas toujours exempt d'inconvéniens; il est à craindre surtout quand la tumeur a une marche rapide et un volume déjà considérable, qu'elle ne fasse pendant l'administration du traitement, des progrès tels que son extirpation ne devienne ensuite impossible. Mais, d'une autre part, quand on songe à l'immense avantage qui en résulte pour le malade, si l'affection est vraiment syphilitique, et aux chances nombreuses de mort qu'entraînent après elles les opérations

pratiquées dans les cas de tumeurs un peu volumineuses, le chirurgien, du moment qu'il conserve du doute sur la nature du mal, ne devra pas hésiter à faire un traitement explorateur.

3° *Diagnostic des tumeurs ulcérées de la langue.* — A mesure que le cancer avance dans son évolution, son diagnostic devient en général de plus en plus facile. On voit en effet apparaître successivement une foule de phénomènes qui chacun écartent par leur présence quelques-unes des affections que l'on aurait pu confondre auparavant; mais c'est principalement quand l'ulcération apparait que ces différences deviennent de plus en plus tranchées.

A cette période toutes les variétés du cancer présentent une physionomie spéciale.

L'ulcération squirrheuse est rarement très étendue, elle s'accroît lentement, ses bords se renversent en dehors, son fond présente une teinte blafarde grisâtre ou lie de vin, bien que formé par un tissu en voie de ramollissement, il repose sur un tissu qui conserve toute sa dureté. La surface de l'ulcère tantôt plate, tantôt recouverte de fongosités mollasse, fournit une sanie ichoreuse ordinairement peu abondante. Autour de la partie ulcérée les indurations squirrheuses s'étendent, envahissent peu-à-peu les parties voisines et semblent enchaîner la langue dont les fonctions s'exécutent mal. Les ganglions lymphatiques s'affectent et surtout les douleurs lancinantes se déclarent.

Ulcération encephaloïde. — Jusqu'au moment de son ramollissemens la tumeur encephaloïde avait pu affecter une marche insidieuse, mais dès qu'elle est ulcérée les choses changent de face. L'ouverture qui s'est faite ne tarde pas à s'agrandir. Il en sort des champignons mollasses fongueux, fournissant un liquide sanieux d'une fétidité repoussante qui a quelque chose de caractéristique. Cet ulcère saigne au moindre attouchement; il survient même de véritables hé-

morrhagies qui produisent momentanement un soulagement trompeur.

A cette époque les ganglions sont presque toujours engorgés, les douleurs lancinantes cruelles, et bientôt se manifestent les symptômes de la cachexie.

L'*ulcération mélanique* ne permet plus le moindre doute sur sa nature ; elle verse au dehors un ichor noir, et montre à nu son tissu caractéristique.

L'*ulcération colloïde* est encore peu connue ; elle paraît se rapprocher beaucoup de celle du squirrhe.

Enfin, l'*ulcération du cancer épithéliale* se comporte à-peu-près comme l'ulcération squirrheuse ; elle en diffère cependant en ce que les parties voisines ne présentent point cette condensation, ce racornissement du squirrhe. Elle reste ordinairement indolente pendant un temps assez considérable et ne donne que tardivement lieu à l'engorgement ganglionnaire.

Indépendamment de ces caractères principaux des ulcérations cancéreuses que nous venons de résumer, on trouvera dans l'étude des circonstances antérieures, et dans l'évolution de la maladie, des données précieuses pour aider le diagnostic. Enfin, il est un dernier moyen qui peut encore rendre des services, non-seulement pour distinguer les diverses espèces de cancers entre elles, mais encore pour différencier les affections malignes des autres affections dites bénignes. Je veux parler de l'examen microscopique des détritus recueillis à la surface des ulcérations.

Les maladies qui peuvent être confondues avec les diverses formes de cancer ulcéré, sont peu nombreuses. Cependant il s'en faut encore beaucoup que le diagnostic soit dans tous les cas, simple et facile.

1° *Ulcérations aiguës.* — Avec un peu d'attention, on ne confondra pas avec un ulcère cancéreux l'ulcération qui provient d'un abcès ouvert spontanément, celle qui résulte de la chute d'une

plaque gangréneuse ; ou bien les ulcérations mercurielles et scorbutiques; mais le diagnostic sera moins facile pour les ulcères calleux simples, pour les ulcères scrofuleux, pour les ulcères syphilitiques.

2° *Ulcères calleux simples.* — Ces ulcérations, dont le fond est grisâtre, et parfois fongueux et saignant; dont les bords sont durs, calleux, renversés, et qui parfois se compliquent d'engorgemens ganglionnaires, occupent toujours l'un des côtés de la langue. Jamais ils ne sont le siége de douleurs lancinantes, et toujours ils correspondent à quelques dents cariées. Il n'est pas toujours facile cependant de reconnaître au premier coup-d'œil la relation qui peut exister entre la présence de ce chicot et l'ulcère. Il faut être à cet égard bien prévenu qu'une ulcération considérable peut-être produite ou entretenue par une pointe quelquefois presque imperceptible, mais que le doigt fait aisément reconnaître. Malgré ce caractère, ce n'est souvent qu'après l'avulsion des dents suspectes que le diagnostic peut être complétement établi; si l'ulcération n'est point cancéreuse ou syphilitique, elle se cicatrise promptement après l'avulsion de la dent; dans le cas contraire, elle persiste.

3° *Ulcérations scrofuleuses* — Ainsi que les ulcérations du cancer, elles sont supportées parfois sur une base indurée, irrégulière, bosselée; leur surface est fongueuse, les ganglions correspondants sont engorgés; mais elles se lient à une constitution scrofuleuse. Il existe, dans d'autres points de l'économie des engorgemens, des ulcérations analogues; puis la langue n'est le siége d'aucun élancement douloureux, le pus qui s'écoule n'a point cette odeur fétide *sui generis* des ulcérations du cancer.

4° *Ulcérations syphilitiques.* — Un praticien attentif ne confondra point avec les ulcérations cancéreuses de la langue les chancres indurés qui peuvent se développer sur cet organe; mais quand une tumeur syphilitique tertiaire aura parcouru lentement ses périodes,

et sera arrivée au ramollissement et à l'ulcération, elle aura parfois avec le cancer confirmé la plus grande ressemblance. Ainsi que l'encéphaloïde, elle aura débuté par un noyau élastique, dans l'épaisseur de l'organe; comme lui, elle se sera développée graduellement, aura envahi peu-à-peu les parties voisines; comme lui encore elle aura donné lieu à l'engorgement des ganglions de la mâchoire et du cou; elle se sera ramollie, ulcérée, fournira une suppuration abondante; comme lui encore elle aura résisté à des traitemens incomplets; mais elle ne sera point le siége de douleurs lancinantes; la suppuration qu'elle fournira n'aura point l'odeur *sui generis* et repoussante du cancer; elle se reliera à une succession de phénomènes morbides dont on pourra facilement suivre la filiation, en interrogeant avec soin le malade; mais surtout elle rétrogradera avec une promptitude qui tient parfois du prodige, sous l'influence d'un traitement par les préparations d'iode.

Pronostic du cancer de la langue. — Abandonné aux seules forces de la nature, le cancer de la langue est inévitablement mortel. Des rares exemples de cancers éliminés par gangrène, il n'en est pas, que je sache, qui appartiennent à cet organe. D'une autre part, avant d'arriver à la terminaison fatale, le cancer de la langue condamne pendant un temps plus ou moins long le malade au supplice le plus affreux. Indépendamment des entraves apportées aux fonctions digestives par le gonflement de l'organe et par l'empoisonnement incessant qui résulte du mélange de l'ichor cancéreux avec les boissons et les alimens; indépendamment des douleurs lancinantes qui le torturent incessamment et le prive de sommeil, le malade devient par la privation de la parole étranger aux relations intimes de la vie, et par l'odeur repoussante qui s'exhale de sa bouche, il est pour tous ceux qui l'approchent un sujet de dégoût et d'horreur. « L'ami le plus tendre, dit Boyer, l'épouse la plus dévouée ne peut vaincre le dégoût qu'il inspire, et le malade

délaissé, fatigué de sa triste existence, miné par la fièvre hectique ou par les hémorrhagies, succombe à l'épuisement physique et moral. » Quelquefois cependant la mort arrive plus rapidement et presque tout-à-coup : c'est ordinairement alors par suffocation : ou bien parce que la tumeur entraînée vers l'orifice supérieur du larynx le recouvre et l'obstrue, ou bien par suite du gonflement œdémateux des lèvres de la glotte.

Toutes les formes de cancers cependant, bien qu'arrivant aux mêmes résultats, ne parcourent pas leurs périodes avec la même rapidité. Le cancer épithélial reste longtemps borné à la superficie ; le cancer squirrheux progresse aussi avec lenteur, tandis que l'encéphaloïde marche avec une rapidité effrayante.

Sous le rapport de sa nature, le cancer donc présente de grandes variétés dans son pronostic. Il en présente aussi suivant son siége. A la pointe de l'organe, il demeure plus long-temps accessible à nos moyens thérapeutiques, que quand il affecte la base. Le cancer profond est plus redoutable que le cancer superficiel. *Suivant la forme*, le cancer pédiculé est moins grave que le cancer interstitiel. Ce dernier offre moins de danger quand il est enkysté que quand il est diffus. *Suivant la période de son développement*, un cancer à son début, offre plus de chances de guérison qu'à sa période de ramollissement ; *suivant ses complications*, curable encore quand il est strictement borné à l'organe, il devient promptement au-dessus des ressources de l'art, quand il en a franchi les limites, surtout quand les ganglions lympathiques engorgés renferment le germe de sa reproduction; à plus forte raison quand déjà se sont manifestés les symptômes de la cachexie. *Suivant l'âge, l'état général du malade, sa constitution, sa disposition morale*. Un homme robuste dans la force de l'âge est bien plus apte à résister à la maladie et aux opérations qu'elle réclame, qu'un enfant chétif ou un vieillard cacochyme.

Traitement. — Malgré les observations de cancers guéris par le

mercure, la ciguë, l'iode, les préparations d'or, malgré même la guérison remarquable que M. Mirault d'Angers a obtenue en interceptant, au moyen de la ligature, la circulation de l'organe sans le faire tomber en sphacèle, tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître qu'on ne peut guérir les tumeurs cancéreuses de la langue qu'en les détruisant. Pour cela, la chirurgie possède trois ordres de moyens, la cautérisation, l'extirpation par le bistouri, et la ligature. Nous allons successivement les passer en revue.

I. Cautérisation. — La destruction par les caustiques convient peu aux cancers de la langue. La plupart de ces agens, en effet, appartenant à la classe des poisons, leur application sur la langue où ils peuvent être facilement délayés et portés dans les voies digestives, expose à des inconvénients qu'il est facile de comprendre. On ne les a pas cependant entièrement bannis de la pratique, mais leur enploi exige de grandes précautions.

1° *Caustiques liquides.* — C'est principalement dans les cas de tumeurs verruqueuses, ou dans les ulcérations carcinomateuses superficielles de la partie antérieure de la langue qu'ils trouvent leur application. Quand on veut s'en servir, il faut d'abord maintenir hors de la bouche, la langue du malade, en se servant pour cela des doigts armés d'un linge sec pour empêcher le glissement. On met ainsi à découvert la partie malade, on l'essuie avec le plus grand soin, puis à l'aide d'un pinceau ou d'une tige quelconque, on porte sur la partie malade une ou plusieurs gouttes de la liqueur caustique. La langue doit être maintenue au dehors pendant une ou deux minutes, temps nécessaire à l'action du caustique ; puis on essuie la partie cautérisée et l'on fait immédiatement gargariser le malade à grande eau. Les substances que l'on emploie le plus fréquemment pour cette cautérisation, sont les acide concentrés, le beurre d'antimoine, le nitrate acide de mercure et le chlorure d'or. M. Robert a récemment,

par l'emploi de ce dernier moyen, obtenue la guérison d'un cancer superficiel de la langue.

2° *Caustiques solides.* — Sous forme pulvérulente, ou en pâte, les caustiques solides ne sont point applicables à la destruction du cancer de la langue, à cause de la difficulté que l'on éprouverait à les maintenir adhérens à la partie malade, et du danger qui résulterait de leur précipitation dans le pharynx.

On ne peut donc les employer que sous forme de cylindres ou sous celle de trochiques. Sous forme de cylindre il n'y a de véritablement utile que le caustique de Vienne solidifié (dit caustique de Filhos), le nitrate d'argent fondu et le sulfate de cuivre ont une action trop peu énergique et la potasse caustique est trop difficile à manier dans cette circonstance. Pour cautériser donc une tumeur cancéreuse de la langue, avec le caustique de Vienne solide, on disposera les choses comme nous l'avons dit plus haut, puis on portera sur la partie malade l'extrémité du cylindre caustique, et on l'y maintiendra tout le temps nécessaire pour sa destruction. Il n'est pas toujours possible de détruire dans une seule application tout la partie altérée, on peut y revenir à deux ou trois fois en ayant la précaution d'attendre la chute de l'eschare avant de faire une nouvelle cautérisation. Pendant cette application il s'écoule une sorte de sanie caustique qu'il convient d'absterger avec un soin minutieux et d'autre part, quand la cautérisation est terminé, il est indispensable d'enlever autant que l'on peut de l'eschare qui elle-même a des propriétés éminemment caustiques. On fait ensuite faire des lotions répétées et abondantes pour empêcher les parties voisines d'être compromises.

Sous la forme de trochisques, M. Serré D'arras (1) a proposé contre les tumeurs cancéreuses, les caustiques employés de la manière suivante : on dispose en petite boule comme un pois chiche

(1) *Journal de Malgaigne*, IV. 250.

une substance caustique très énergique, l'arsenic, par exemple, ou le chlorure de zinc ou même le caustique de Vienne. Puis à l'aide d'une ponction faite avec la lancette, on l'introduit jusqu'au centre de la tumeur, et on la laisse en place; il en résulte une cautérisation profonde faite de l'intérieur à l'extérieur. Ce procédé fort ingénieux du reste ne me paraît guères applicable aux tumeurs de la langue, à cause de la difficulté de surveiller efficacement les effets de la substance caustique.

3° *Fer rouge.* — Le cautère actuel plus facile à manier, plus puissant et moins dangereux, que les caustiques, a été bien plus fréquemment employé pour détruire les excroissances fongueuses et les cancers peu profonds de la langue. Indépendamment des précautions communes dont nous avons parlé plus haut, son emploi exige une précaution particulière pour empêcher la vapeur brûlante qui s'échappe au moment de son application de cautériser tout l'intérieur de la bouche. Fine avait imaginé pour cela un instrument particulier qui protégeait les lèvres et la voûte palatine. Il est plus simple de garnir la bouche de linge imbibé d'eau fraîche, ainsi que le conseille Pierre le Mennonite (1).

II. Extirpation par le bistouri. — Sous cette dénomination nous comprenons une foule d'opérations essentiellement différentes et qui n'ont de commun que d'être exécutées avec l'instrument tranchant. En effet, quel rapport y a-t-il entre la simple section d'un pédicule étroit avec les ciseaux ou le bistouri, et ces opérations effroyables dans lesquelles le chirurgien divise la mâchoire, ainsi que l'a fait Sédillot, pour aller jusqu'à l'épiglotte extirper la langue cancéreuse.

Ces différences considérables, dans les procédés opératoires que nous allons décrire, sont presque toujours dues aux exigences de la

(1) *Mémoire et prix. de l'Acad. de Médecine*, in-8, fol. p. 290.

maladie elle-même, dont la position, la forme, le volume présentent des variétés sans nombre.

1° *Extirpation des tumeurs pédiculées.* — On peut l'exécuter de trois manières principales. *A.* Directement avec des ciseaux courbes, en rasant le plus près possible la surface de la langue. Ce moyen ne convient guères aux tumeurs cancéreuses, parce qu'il ne permet pas de les extirper à leur racine. *B.* En soulevant d'abord le point d'implantation de la tumeur avec un ténaculum, et en glissant au-dessous les ciseaux pour opérer la section. Ce moyen est plus efficace et presque aussi rapide. *C.* Enfin, en cernant avec la pointe du bistouri, dans une incision elliptique, le pédicule de la tumeur et le tubercule qui le supporte. On peut de cette manière opérer plus sûrement l'éradication du mal. Il est rare qu'après ces opérations il survienne une hémorrhagie inquiétante. Les moyens simples suffiront toujours pour arrêter l'écoulement du sang.

2° *Extirpation des tumeurs enkystées.* — Ces tumeurs peuvent être enlevées par énucléation, ainsi que l'a fait Dupuytren (1). La langue étant tirée au-dehors et maintenue au moyen d'un linge sec, le chirurgien fait sur toute l'étendue de la tumeur une incision qui pénètre jusqu'à son tissu, puis l'accrochant avec un ténaculum, il exerce sur elle une traction modérée pendant qu'avec le bistouri ou une spatule, il en fait l'énucléation. L'excavation qui en résulte se resserre peu-à-peu et disparaît sans autre soin que des gargarismes détersifs.

N° 54.—*Tumeur enkystée de la langue (énucléation) (clinique de Dupuytren).*

Un homme âgé de 19 ans, chaudronnier, portait à la langue une tumeur dont il faisait remonter l'origine à huit années, ayant débuté par un point d'induration qui s'était développé sans douleur, sans changement de couleur à la langue et sans beaucoup

(1) *Observations.*

de gêne pour l'exercice de la parole. Pour éclaircir le diagnostic, on fit une ponction explorative ; un peu de sang s'écoula ; puis l'incision étant agrandie, on écarta les bords de la plaie en comprimant la langue, et la tumeur s'échappa tout-à-coup et sauta sur les genoux du malade. L'écoulement du sang fut arrêté par des gargarismes froids. Une inflammation assez considérable se développa, mais fut calmée en quelques jours.

La tumeur était de nature carcinomateuse, du volume d'un petit œuf de poule, mais enkystée ; l'enveloppe extérieure était fibro-celluleuse et offrait trois lignes d'épaisseur.

3° *Extirpation des tumeurs superficielles.*— Quand une tumeur ne pénètre pas profondément dans le tissu de la langue, il est généralement assez facile d'en faire l'extirpation avec le bistouri. La langue étant maintenue fixée au-dehors de la bouche, on circonscrit la base de la tumeur dans une incision elliptique, puis l'accrochant avec une érigne on la soulève pour la disséquer en dessous et en faire l'extirpation. Il s'écoule parfois une certaine quantité de sang dont on se rendra maître, cependant, avec des gargarismes astringens, ou mieux encore avec un morceau de glace appliqué sur la plaie, ainsi que l'a conseillé et employé en 1760 un chirurgien de Martigues, en Provence.

4° *Extirpation des tumeurs de la pointe de la langue.*—Quand les tumeurs de la langue occupent la portion libre de cet organe, leur extirpation peut en être opérée par deux procédés :

a. Procédé de Louis, ou procédé transversal.—Pour l'exécuter, le chirurgien accroche la tumeur avec des érignes, l'attire de cette manière hors de la bouche, et l'y maintient de la main gauche pendant que de la main droite il coupe transversalement la langue derrière la partie malade. Cette opération, simple et expéditive, a l'inconvénient de donner lieu à une hémorrhagie assez considérable, quand surtout la tumeur présente une certaine étendue. Il est vrai qu'on peut s'en rendre maî-tre par divers moyens hémostatiques, et surtout par la cautérisation avec le fer rouge, mais cela complique l'opération et lui enlève son apparente simplicité.

b. Procédé de Boyer, ou procédé en V. — C'est pour éviter cet inconvénient que Boyer imagina de circonscrire la tumeur par deux incisions réunies à angle plus ou moins aigu derrière elle, afin de pouvoir ensuite rapprocher les deux lèvres de la plaie par des points de suture, de cette manière, il n'y a point d'hémorrhagie à craindre, et la guérison s'opère avec promptitude, sans compter que la forme de la langue est bien plus régulière qu'après la section transversale.

Voici comment Boyer lui-même rend compte de son opération : J'ai eu, dit-il, à traiter dernièrement un malade affecté de cancer de la langue.

N° 55. — *Cancer de la langue. Excision en V.* — (*Boyer*, t. VI, p. 392).

la tumeur s'étendait de la pointe de la langue qui était un peu bifurquée, à neuf ou dix lignes dans l'épaisseur de cet organe ; son diamètre transversal était un peu moindre, et la dureté ne comprenait pas les bords même de la langue. Je fis asseoir le malade sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide ; un bouchon de liége fut placé entre les dents molaires pour tenir les mâchoires écartées. Situé en face du malade, je l'engageai à tirer la langue ; pour la fixer, je passai une érigne simple dans la partie malade. Je saisis le bord droit de cet organe entre le pouce et l'indicateur gauches, et avec des ciseaux droits je fendis d'un seul coup jusqu'au-delà de la tumeur. Je laissai un peu cracher le malade, puis je pinçai de nouveau la langue dans la partie malade, toujours de la main gauche, et de deux coups de ciseaux je fis une seconde incision en-dehors de mes doigts et de la tumeur : cette incision se réunissait à la seconde sous un angle d'environ cinquante dégrés. La tumeur se trouva ainsi comprise et emportée dans un lambeau de dix à douze lignes de diamètres de la pointe de la langue au sommet de l'angle. Le malade ayant craché le sang dont sa bouche était remplie, présenta la langue pour que je fisse les sutures : avec une petite aiguille courbe, je traversai de-dehors en-dedans le lambeau gauche, et de-dedans en-dehors le droit, à environ une ligne et demie de leur pointe. Les deux bouts du fil furent réunis et tenus en avant par un aide, mais sans presque tirer ; car si l'on eût voulu lutter contre la rétraction des muscles de la langue, on eut déchiré cet organe. Un second point de suture fut passé de la même manière au milien de l'espace compris entre le premier et l'angle de la plaie, l'aiguille entrant et sortant à la face supérieure de la langue, et passant comme le premier point entre les trois quarts supérieurs de son épaisseur et le quart inférieur. Je serrai de suite ce point par le nœud du chirurgien et un second nœud simple. Le premier point fut serré de la même manière, et comme à la face inférieure de la division il restait une espèce

de rigole, un troisième point de suture y fut placé à distance égale des deux premiers, puis noué comme les autres. Tous les points de suture furent serrés suffisamment pour que les lèvres de la plaie fussent exactement en contact, afin de prévenir la filtration de la salive entre elles, ce qui eut pu empêcher la réunion. Cette striction était sans inconvénient puisqu'il n'y avait point de tendance à la rétraction latéralement. Elle fut au reste assezpeu douloureuse, ainsi que toute l'opération. Il n'y eut aucune hémorrhagie : le simple contact des lèvres de la plaie suffit pour la prévenir. Le bandage de Pibrac avait été préparé, mais le malade ne put le supporter à cause des vomissemens qu'il provoquait. La douleur et le gonflement de la langue furent assez considérables les deux premiers jours. Le troisième, on nettoya la langue et la réunion parut bien faite; la déglutition était très gênée. Ces symptômes diminuèrent les jours suivants. La guérison était parfaite le huitième jour; la langue avait sa forme et presque son volume naturels; elle n'offrait qu'une cicatrice linéaire, sans aucune trace de bifurcation à son sommet.

3° *Extirpation des tumeurs qui occupent le corps de la langue.* — A mesure que la tumeur s'étend plus profondément dans le corps de la langue et surtout vers sa base, l'extirpation devient plus difficile et prend les proportions des plus graves opérations de la chirurgie. Les procédés opératoires conseillés dans ces circonstances sont au nombre de quatre principaux: l'extirpation simple par la bouche (Geny et Velpeau). — L'extirpation par la bouche après ligature de l'artère linguale (Flaubert). — L'extirpation avec division de l'os maxillaire inférieur (Roux et Sédillot). — L'extirpation par-dessous le menton (Regnoli).

1° *Extirpation simple par la bouche.*—(Procédés de Geny et de M. Velpeau). Confiant dans la puissance de l'art pour arrêter les hémorrhagies, et rassuré d'ailleurs à cet égard par le peu de volume des artères de la langue, plusieurs chirurgiens n'ont pas craint d'attaquer directement par la bouche avec le bistouri les tumeurs du corps même de la langue. Voici comment ont procédé à cette opération Geny en 1787, et plus récemment M. Velpeau. La langue est attirée fortement hors de la bouche; la tumeur accrochée avec une ou plusieurs érignes. Le chirurgien portant alors le bistouri sur la région dorsale de la langue entre la tumeur et les parties saines, l'isole

rapidement de ce côté, puis le reportant en arrière, il la circonscrit en ce sens, la dissèque d'arrière en avant en la renversant sur elle-même, et termine en la séparant du plancher de la bouche. Aussitôt l'extirpation faite le sang coule avec abondance, on porte alors énergiquement le fer rouge sur toute la surface de la plaie ; souvent il faut éteindre deux, trois cautères et plus, ensuite on remplit l'excavation de boulettes de charpie pour étancher le dernier suintement.

N° 56. — *Tumeur carcinomateuse de la langue. Excision. Cautérisation avec le fer rouge,* par M. Geny (*Journal de Vandermonde*, 71, 287).

Dans le courant de février 1786, le nommé Rival vint me consulter sur une maladie qu'il avait à la langue depuis neuf années, pour laquelle il avait consulté plusieurs médecins et chirurgiens, et fait quantité de remèdes sans aucun succès.

Après un examen attentif, je reconnus une tumeur carcinomateuse, implantée dans la substance même de la langue, et occupant environ la moitié de cet organe, particulièrement du côté gauche.

La base de la langue, dans l'étendue d'un pouce environ, n'était point affectée. Le malade ne pouvait parler ; il éprouvait des douleurs très vives lors de la mastication des alimens.

Le moyen qui se présenta le premier, comme capable de guérir cette cruelle maladie, fut l'amputation de la tumeur. Sans en faire part au malade, je le renvoyai à huitaine, afin d'avoir le temps de réfléchir et de consulter mes confrères. J'avoue que n'ayant jamais vu pratiquer cette opération dans aucun hôpital, je craignais beaucoup l'hémorrhagie, dans une partie où je ne pouvais faire ni ligature ni compression. MM. Dionis, Ledran, Garengeot et Morand ne parlent point de l'amputation de la langue. Le cinquième volume des *Mémoires de l'Académie de chirurgie* est le seul ouvrage où je trouvai de quoi fixer mon incertitude. Mon malade étant revenu au temps indiqué, je lui proposai l'opération comme le moyen le plus certain. Ce qu'il accepta courageusement ; le 22 février, assisté de plusieurs de mes confrères, je fis l'opération de la manière suivante :

Un aide tenait le malade ; un autre affermissait un bâillon entre les deux mâchoires. Je saisis la langue de la main gauche, je l'enveloppai dans un linge, de crainte qu'elle ne m'échappât. Étant bien assujettie, je pris de la main droite un bistouri, et emportai toute la tumeur 2 lignes au-delà dans la partie saine, observant de donner une forme un peu allongée à ce qui restait de la langue. Le sang sortait avec assez de vivacité ;

lui-même; d'une autre part, la destruction de cette tumeur offrant encore quelques chances de succès, M. Velpeau se décida à la tenter.

Les caustiques chimiques ne pouvaient être employés ici; on le comprend facilement, il restait donc à choisir entre la ligature et l'instrument tranchant. La ligature était très difficile à appliquer dans ce cas, à cause de l'absence de pédicule, de l'enchevêtrement de la tumeur dans la base de la langue et de son adhérence au plancherde la bouche. Il faut ajouter que la ligature pratiquée sur les tumeurs de la bouche et surtout sur celles de la langue, est en général, une assez mauvaise opération. Attendu qu'il faut chaque jour augmenter la constriction, et par conséquent placer dans l'intérieur de cette cavité un serre-nœud, ce qui est fort incommode quelquefois, même fort douloureux à cause du gonflement inflammatoire qui survient à la suite de ces opérations; restait donc l'instrument tranchant.

Mais il existe trois méthodes différentes de la mettre en usage :

Dans la première, la seule employée par les anciens chirurgiens, on tire la langue hors de la bouche pour y pratiquer les incisions nécessaires.

Dans la seconde, tentée pour la première fois, en Italie, par Regnoli, on pratique dans la région sus-hyoïdienne, parallèlement au corps de la mâchoire, une fente par laquelle on fait sortir la langue.

Enfin la troisième, due à MM. Roux et Sédillot, consiste à diviser la mâchoire inférieure (lèvre et os), et la langue, une fois mise à nu, on opère sur elle plus à l'aise.

Après avoir long-temps pesé toutes les raisons de préférer ici l'une à l'autre et avoir souvent examiné la tumeur, M. Velpeau s'est arrêté à la première de ces méthodes. L'opération fut faite de la manière suivante :

Une anse de fil, passée à travers le sommet de la langue, est confiée à un aide qui tire l'organe au-dehors dans un sens convenable. Ce moyen sûr de maintenir solidement la langue, laisse à l'opérateur toute la liberté de ses mouvemens; il est, par conséquent, préférable à celui qui consiste à se servir des doigts, même entourés de linge; ces linges, en effet, s'humectent bientôt et finissent par laisser glisser l'organe.

Enfin, la main de l'aide masque toujours plus ou moins l'ouverture de la bouche.

Le chirurgien accroche la tumeur au moyen d'une érigne, puis avec un couteau étroit, boutonné, légèrement courbe et longuement emmanché, il la détache de haut en bas et de dehors en dedans, en commençant par le milieu du voile du palais, la sépare de la base de la langue, du plancher de la bouche, et termine en coupant quelques fibres qui la retiennent encore.

Immédiatement après l'ablation de la tumeur, le cautère actuel est porté à trois reprises différentes sur la surface saignante pour arrêter l'hémorrhagie.

Enfin la bouche, remplie de boulettes de charpie, est maintenue fermée, l'anse de fil est laissée en place pour faciliter les explorations subséquentes.

On donne un gargarisme fortement aluminé avec addition d'eau de Rabel.

2° *Extirpation par la bouche après ligature préalable de l'artère lingual* (procédé de Flaubert). — Pour se mettre en garde contre l'hémorrhagie, M. Flaubert de Rouen et M. le professeur Roux ont cru devoir faire préalablement la ligature de l'artère linguale, du côté occupé par la tumeur; dans l'un et l'autre cas, l'extirpation a été notablement simplifiée par cette précaution. Si la tumeur occupait les deux côtés de la langue, on serait dans la nécessité de lier les deux artères.

N° 58.—*Ablation d'une tumeur carcinomateuse, occupant toute la moitié gauche de la langue; ligature préalable de l'artère linguale.—Guérison.—Par M. Roux.*— (*Gaz. méd.* 1839, page 489).

Le nommé Sourceau, âgé de 35 ans, tonnelier, entra à l'Hôtel-Dieu le 24 mai 1838. Bien constitué, d'un embonpoint ordinaire, il ne se rappelle pas avoir eu de maladie grave; il est marié depuis près de 20 ans; aucun de ses parens n'a eu d'affection cancéreuse.

Avant son mariage il a eu trois blennorragies, dont la durée a été de quelques semaines et qui ne l'ont jamais fait beaucoup souffrir, il assure n'avoir pas eu d'autres maladies vénériennes.

Sa conduite surtout depuis son mariage était très régulière, il ne s'enivrait presque jamais. Parmi ses habitudes une seule paraît avoir eu quelque influence sur le développement de la maladie dont il est affecté, je veux parler de l'habitude de fumer. Il consommait au moins une demi once de tabac par jour et tenait ordinairement sa pipe du côté gauche; il n'a cessé de fumer que quelque temps avant son entrée à l'hôpital.

C'est vers le mois de janvier 1838 que se révélèrent les premiers symptômes de sa maladie. A cette époque les dents étaient parfaitement saines et ne pouvaient irriter la langue. Dans tout le côté gauche de cet organe, Sourceau sentit d'abord des picotemens incommodes qui se transformèrent peu-à-peu en véritables douleurs lancinantes; celles-ci s'irradièrent bientôt vers l'oreille gauche et prirent une grande intensité, sans

cependant troubler l'audition. La pression sous la mâchoire causait un peu de douleur ; mais les mouvemens de la langue et du pharynx s'exécutaient sans difficulté.

C'est dans le courant du mois de mars que le malade portant son doigt dans sa bouche, reconnut pour la première fois sur sa langue l'existence d'une tumeur irrégulière. Il ne se rappelle pas quel était alors son volume, mais depuis ce temps la tumeur prit un accroissement rapide, détermina de la gêne dans la déglutition et la prononciation, et par son contact continuel avec les dents, s'ulcéra à sa surface.

Lorsque le malade se présenta à notre observation tout le côté gauche de la langue, depuis l'os hyoïde jusqu'à six lignes de la pointe, était occupé par une tumeur dure bosselée, irrégulière, ayant dans quelques points plus d'un pouce d'épaisseur. Le pilier antérieur du voile du palais, dans une très petite étendue, et la membrane muqueuse qui tapisse le plancher de la bouche, participaient à la maladie qui s'arrêtait exactement sur la ligne médiane.

Sur le bord de la langue et dans le point correspondant aux dents molaires, quelques ulcérations superficielles, grisâtres, donnaient lieu à la sécrétion d'une sanie purulente fétide, ce qui forçait le malade à cracher sans cesse.

L'articulation des sons et la mastication étaient imparfaites, et les mouvemens de déglutition pénibles et douloureux. La pression sur la tumeur n'augmentait pas beaucoup la douleur qui avait le caractère lancinant au plus haut degré.

Malgré cela la santé générale du sujet était excellente ; sa figure fraîche et colorée n'exprimait point la souffrance ; toutes ses fonctions s'exécutaient avec une parfaite régularité.

Il consentit à subir l'opération qui lui fut proposée. M. Roux la pratiqua le 30 mai c'est-à-dire six jours après l'entrée du malade.

La profondeur à laquelle s'étendait la maladie fit craindre que la ligature des artères ne fut trop difficile ou même impossible. C'est pourquoi M. Roux se décida à lier d'abord l'artère linguale au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde. Cette ligature se fit sans difficulté par le procédé ordinaire. La plaie fut pansée à plat, et immédiatement après on commença à pratiquer l'ablation de la tumeur.

La langue fut d'abord détachée du plancher de la bouche et du pilier antérieur du voile du palais ; après quoi M. Roux la saisit avec la main droite et la transperça de bas en haut à sa base, au moyen d'un bistouri étroit et concave tenu de la main gauche ; le bistouri amené d'arrière en avant sur la ligne médiane divisa la langue en deux moitiés dans l'une desquelles se trouvait comprise toute la tumeur. La partie gauche de la langue séparée du voile du palais et du plancher de la bouche, tenait encore à l'os hyoïde. On l'entraîna au-dehors avec une pince de Museux, et ses dernières adhérences furent incisées au moyen de longs ciseaux concaves. L'amputation de toute cette moitié

de la langue n'a été accompagnée d'aucun écoulement de sang, et le malade a pu immédiatement parler sans difficulté.

Prescription : Julep calmant ; gargarisme émollient ; diète.

Pendant les deux premiers jours un peu de fièvre, surtout le soir, et une gêne assez grande dans la déglutition furent les seuls symptômes dignes de remarque.

Le troisième jour, c'est-à-dire le 2 juin, cessation complète de la fièvre, le malade se leva pendant deux heures et prit du bouillon.

Le lendemain, il prit trois potages et resta levé un partie de la journée.

Le 6 juin, il se trouvait dans un état tellement satisfaisant, qu'il demanda instamment sa sortie ; M. Roux ne voulut la lui accorder que le 9, lendemain du jour où tomba la ligature.

Au moment où Sourceau quitta l'hôpital, il était entièrement guéri ; la petite plaie du cou seule n'était pas cicatrisée tout-à-fait ; il n'existait dans la bouche et le pharynx aucun gonflement, aucune rougeur qui puisse inspirer quelque inquiétude, et le toucher ne faisait reconnaître aucune induration anormale.

Le cicatrice de la langue était linéaire, la moitié restante avait une largeur considérable, et il était difficile de soupçonner qu'on en ait enlevé une si grande partie. La parole était très libre, et les alimens solides pouvaient déjà être avalés.

N° 59. — *Cancer de la langue ; ligature de l'artère linguale avant l'extirpation (Flaubert de Rouen).*

Jacques Michel, cordonnier, âgé de 58 ans, commença il y a environ dix-huit mois à éprouver de légères douleurs à la langue ; en lui extirpant une dent, le chirurgien remarqua sur le bord gauche de la langue une petite dureté qu'il attribua aux inégalités de la dent qu'il venait d'arracher. Pendant plus d'un an, la petite tumeur resta sans s'ulcérer, causant fort peu de douleur ; puis augmentant de volume, suppura, produisant des douleurs lancinantes légères. Divers médicamens furent inutilement employés. Michel entra à l'hôtel-Dieu de Rouen, le 6 décembre 1835, la maladie se présente sous la forme d'une tumeur ovalaire, d'un pouce et demie d'avant en arrière, dépassant le niveau des faces de la langue, jusque vers le milieu de laquelle elle s'étend. Sa surface est envahie par un ulcère rose pâle, granulé, à bords lisses, obliques et réguliers, si ce n'est au milieu de la langue, où la circonférence en est irrégulière et comme soulevée. La consistance de la tumeur est celle du tissu squirrheux, la glande sublinguale correspondante est saine et paraît à peine refoulée en bas par de ganglions lymphatiques engorgés.

Le 8 jour de l'opération. 1° Ligature de l'artère linguale ; le malade assis, la tête est inclinée du côté opposé et maintenue par un aide ; un deuxième aide placé à droite est

chargé, au besoin, de pousser l'hyoïde à gauche. Incision oblique partant du point de réunion de la petite corne avec la grande corne de l'os hyoïde, vers l'angle de la mâchoire ; division de la peau et du peaucier ; ligature de la jugulaire externe au-dessus et au-dessous du point où on doit la couper ; divison du fascia ; excision de la partie inférieure de la glande sous-maxillaire, qui primitivement est prise pour un ganglion tuméfié non reconnu avant l'opération ; ligature du confluent des veines linguales et pharyngiennes, et puis section de ces veines ; section de l'anse de l'hypoglosse qui gênait pour aller jusqu'à l'artère ; incision de l'hyoglosse à son attache à l'extrémité de la grande corne de l'hyoïde ; enfin appariton de l'artère qui ici venait de haut en bas. Une petite aiguille courbe chargée d'un fil sert à la saisir ; une seule petite artère située dans la glande sous-maxillaire a donné du sang et a été liée ; une bandelette adhésive a rapproché l'angle supérieur de la plaie ; 2° extirpation du cancer : attraction de la langue au moyen de pinces garnies d'amadoue ; incision transversale au-devant du pilier antérieur du voile du palais, puis entre la langue et la glande sublinguale, et enfin d'arrière en avant jusqu'au-devant de la tumeur qui se trouve ainsi détachée ; faible écoulement de sang veineux en nappe ; une petite artériole située en avant, donne également en nappe ; on en fait la ligature. En tout, pendant l'opération et immédiatement après, il n'y a pas eu une cuillerée de sang de perdue.

Le 12, suppuration de la plaie et gonflement dans son voisinage (Catapl. ; soupe).

Le 14, la demi-portion à manger.

Le 26, chute du fil de la ligature de l'artère linguale ; ceux des deux veines et de la petite artère de la glande maxillaire étaient tombés quelques jours auparavant. La langue est cicatrisée, elle offre une grande échancrure qui ne va pas jusqu'à la ligne médiane. L'extrémité postérieure de cette échancrure paraît plus éloignée du pilier que n'en était le mal lui-même. La pointe de la langue existe avec sa forme habituelle, et ses deux côtés perçoivent également les sensations ; mais elle se dirige fortement du côté opposé quand on dit au malade de la sortir droite. Le malade sort le 15 janvier parfaitement guéri ; seulement la pointe de la langue ne peut arriver aux commissures des lèvres. On le revit au mois de mars ; la guérison persistait.

3° *Extirpation par la bouche après section de l'os maxillaire inférieur.* — Il est des circonstances difficiles où le mal ayant atteint les dernières limites de la langue, le chirurgien a besoin, pour l'enlever avec sécurité, de le mettre largement à découvert. M. Sédillot et M. Roux ont dû, dans des cas de ce genre, exécuter une opération également hardie et ingénieuse, qui consiste à diviser préalablement

la lèvre inférieure et l'os maxillaire, afin de pouvoir, en écartant les branches de ce dernier, mettre à découvert toute l'étendue de la langue jusqu'à sa racine. Ce n'est point sur la ligne médiane que doit se faire cette division, mais bien du côté où la tumeur fait le plus de saillie, entre la symphyse et le trou mentonnier, c'est-à-dire entre l'incisive et la canine. Le fait de la section de l'os maxillaire a d'abord quelque chose d'effrayant, mais quand on considère que par ce moyen l'extirpation de la langue, ordinairement si difficile et si incertaine dans son exécution, se transforme pour ainsi dire en une simple extirpation de tumeur superficielle, on est plus disposé en faveur de cette opération et on la considère comme une conquête de la médecine opératoire.

N° 60. — *Nouveau procédé d'extirpation de la langue, par M. Sedillot* (*Gazette méd.*, T. XII.)

M. Sedillot, professeur à Strasbourg, a communiqué à l'Académie des Sciences (séance du 19 février 1844) le fait suivant :

J'ai été appelé, dit-il, il y a quelque temps auprès d'une personne de Strasbourg, atteinte d'un cancer à la langue. Toute la moitié gauche de l'organe était profondément atteinte jusqu'à l'épiglotte. L'opération, regardée comme nécessaire par tous les hommes de l'art, fut résolue. Voici de quelle manière elle a été exécutée.

Je commençai, dit M. Sedillot, par enlever la première incisive gauche inférieure, puis j'incisai verticalement, à quelques millimètres à gauche de la ligne médiane, toute l'épaisseur de la lèvre inférieure et les tégumens de la région cervicale, jusqu'au niveau de l'hyoïde. Je passai un bistouri étroit derrière la portion correspondante du maxillaire, en ayant soin de ménager complétement le côté droit ; et je divisai l'os d'un trait de scie. Deux aides, ayant immédiatement écarté les branches de la mâchoire, je séparai les parties molles de la branche gauche de l'os jusqu'au voile du palais, et au moyen d'un bistouri droit, je pratiquai la section de la langue sur la ligne médiane, et j'en enlevai la moitié malade en la contournant en arrière, au niveau de l'épiglotte.

Cette opération s'exécuta avec une extrême facilité, et sans présenter le moindre obstacle. Je posai une ligature sur l'artère linguale, et toute hémorrhagie fut arrêtée. Le pansement consista dans l'affrontement des branches de la mâchoire, mainte-

nues en contact par une petite lame d'or, appliquée et soutenue au-devant des arcades dentaires par un fil de soie. La lèvre fut réunie par la suture entortillée, et une mêche fut laissée dans le plaie du cou pour le passage des mucosités et du pus.

La malade ne paraissait que peu fatiguée, elle n'avait pas éprouvé un seul moment de suffocation, n'avait nullement été incommodée par le sang ; elle articulait quelques paroles d'une matière intelligible. La langue, soutenue par le muscle genio-glosse resté intact, ne s'était pas rejetée en arrière. Le neuvième jour de l'opération, la lèvre est complétement réunie, la mâchoire se consolide, les plaies de la langue et de la bouche sont détergées, et tout fait espérer un résultat complétement heureux.

4° *Extirpation par la région sous-maxillaire* (méthode de Regnoli). — C'était aussi dans le but de mettre largement à découvert les parties malades, que Regnoli, chirurgien de l'hôpital de Pise, proposa de pénétrer par la région sous-maxillaire. Voici le manuel opératoire.

Le malade est assis en face du jour, la tête renversée et appuyée sur la poitrine d'un aide; l'opérateur, avec un bistouri convexe, fait d'abord une incision verticale, depuis la symphyse du menton jusqu'à l'os hyoïde, puis une autre incision transversale, s'étendant parallèlement au bord inférieur de l'os maxillaire, d'un masséter à l'autre, ce qui représente la forme d'un T. Les deux angles de la plaie sont disséqués de manière à former deux lambeaux qui comprennent la peau, le peaucier et le tissu cellulaire. — Le chirurgien passe ensuite la pointe de son bistouri de bas en haut, derrière la symphyse, coupe les attaches des muscles génio-hyoïdien, genioglosse, la membrane muqueuse et pénètre dans la bouche vis-à-vis les dents incisives. Alors avec un bistouri boutonné qu'il porte à droite et à gauche, il détache les digastriques, les mylo-hyoïdiens et coupe la muqueuse jusqu'aux piliers du voile du palais. Une pince de Museux introduite par cet hiatus, lui sert à saisir l'extrémité de la langue qu'il amène au dehors, ainsi que la tumeur dont il lui est facile alors de faire l'extirpation, soit par le bistouri, soit par la ligature.

j'avais un réchaud de braise et des fers tout rouges, je les portai deux fois sur les vaisseaux coupés; par ce moyen l'hémorrhagie fut bientôt arrêtée. Le malade se rinça la bouche pendant trois ou quatre minutes avec de l'eau à la glace, ce qui calma beaucoup l'effet de la cautérisation. Rival supporta l'opération avec beaucoup de fermeté. Pendant les dix premiers jours la seule chose qu'il fit fut de se rincer la bouche avec de l'eau miellée. L'eschare étant tombé et les chairs commençant à pulluler, je fus obligé de les toucher tous les deux jours avec la pierre de vitriol, quelquefois avec la pierre infernale. La salive a achevé de déterger et de

N° 61. — *Humeur cancéreuse de la langue. Extirpation par le bisiouri. — Hôpital de la Charité. M. Velpeau.* — (*Gaz. des hôpitaux*, 1845, p 82.)

Le 11 février 1845, est entrée à la clinique (salle Sainte-Catherine, n. 9) la nommée Olin, âgée de 51 ans, concierge.

Cette femme d'une constitution épuisée, née de parens sains, commença à éprouver en juillet 1844, une sensation de brûlure dans le côté gauche de la langue; bientôt quelques élancemens se firent sentir de loin en loin, et une petite tumeur dure de la grosseur d'un pois, apparut sur le côté de l'organe. Cette tumeur augmenta peu-à-peu de volume; quelques cautérisations faites avec le nitrate d'argent ne purent la faire disparaître; elle continua de croître, et aujourd'hui la langue offre l'état suivant :

Une tumeur, du volume d'un petit œuf, occupe toute sa moitié gauche; elle s'étend depuis la dent canine correspondante jusqu'à l'épiglotte, en comprimant une partie du pilier antérieur du voile du palais. Le doigt ne peut pas glisser entre sa face inférieure et le plancher de la bouche, à cause des nombreuses adhérences entre ces parties.

Cette tumeur dure, insensible à la pression, siége d'élancemens douloureux, est ulcérée dans plusieurs points de sa surface; ces ulcères de forme et d'étendue différentes s'élèvent au-dessus du niveau du reste de la tumeur. Ils sont durs, rougeâtres, uniformes, exhalant de temps à autre une certaine quantité de sang, et fournissant actuellement une sanie d'une odeur fétide et repoussante.

Les mouvemens de la langue sont gênés; la malade ne peut en porter la pointe à droite, à cause des nombreuses adhérences qui retiennent son bord gauche; l'articulation des sons est encore assez nette.

Les ganglions sous-maxillaires sont intacts, les gencives boursoufflées et douloureuses.

Depuis quatre mois, la malade a beaucoup maigri, son teint est devenu jaune. Aujourd'hui, la mastication est tellement douloureuse et difficile, que la malade est réduite à se nourrir de potages.

D'une part, la malade étant vouée à une mort certaine si l'on abandonnait le mal à

Après l'opération, la langue est replacée dans la bouche et la plaie pansée simplement.

N° 62. —*Nouvelle méthode d'amputer la langue près de sa base, imaginée et exécutée par le docteur Georgio Regnoli, professeur de clinique à l'hôpital de Pise.*

Jusqu'à présent, on n'avait amputé la langue que par l'ouverture de la bouche, et cette méthode avait trois inconvéniens : 1° on ne pouvait amputer que les deux tiers de l'organe, malgré l'extensibilité de ses ligamens ; 2° on s'exposait à une hémorrhagie très embarrassante. Dans un de ces cas, l'auteur de la nouvelle méthode fut obligé d'appliquer quatorze boutons de feu, ne pouvant lier les artères trop profondes. Le sang qui tombait dans la gorge, faisait craindre à chaque instant la suffocation. De ce côté-là, une des bornes de la médecine opératoire vient d'être reculée.

Une femme avait une tumeur cancéreuse de la grosseur d'un œuf, au côté gauche de la langue. Il était urgent de l'opérer, car cette malheureuse ne ponvait bientôt plus avaler ni respirer. Le 8 août, la malade, assise en face du jour, la tête renversée et appuyée sur la poitrine d'un aide, l'opérateur, avec un bistouri à lame convexe, fait une incision depuis la symphyse du menton jusqu'à l'os hyoïde, et cotoyant la base de la mâchoire de droite à gauche et de gauche à droite, d'un masseter à l'autre, il donne à son incision la figure d'un T, dissèque les angles supérieurs et en forme deux lambeaux qui comprennent la peau, le peaucier et le tissu cellulaire.

Le chirurgien prend un bistouri droit, en passe la pointe de bas en haut derrière la symphyse, coupe les attaches des muscles génio-hyoïdien, génio-glosse, la membrane muqueuse et pénètre dans la bouche vis-à-vis les dents incisives. Alors, avec un bistouri boutonné qu'il porte de droite à gauche, il détache les digastriques, les mylo-hyoïdiens et coupe la muqueuse jusqu'aux plis du voile du palais.

Chemin faisant, il lie trois ou quatre artérioles ; la pince de Museux, introduite par cet hiatus sous la mâchoire, lui sert à saisir l'extrémité de la langue qu'il amène au-dehors, ainsi que la tumeur cancéreuse, et il les abaisse devant le cou. Il pouvait, les tenant dans cette position, couper ou lier la langue à sa base, au-delà du cancer ; il préfère circonscrire en grande partie la tumeur par quelques fortes ligatures passées dans la substance de la langue, afin de prévenir l'hémorrhagie des artères linguales, et éviter la constriction du nerf hypoglosse. Alors il coupe la tumeur à petits coups, au moyen de ciseaux courbes sur leur plat, dans l'épaisseur de la langue, et comme les tranchans de l'instrument avaient rasé l'hyoïde, et qu'en cas d'hémorrhagie en cet endroit on n'aurait pu pincer les artères, il porte trois fois un bouton de feu sur cet os et les parties voisines. Cela fait, il remet dans la bouche ce qui reste de la langue

réduite aux deux tiers de sa largeur. Tout le temps de l'opération, la respiration n'a cessé d'être libre, parce que le sang a coulé le long du cou : il n'en était pas tombé une goutte dans la glotte, quoique la pince de Museux tirât fortement l'épiglotte en bas.

Le pansement fut fort simple. Seulement, appréhendant une hémorrhagie, qui eut obligé de lever l'appareil, il ne voulut pas faire la suture des lambeaux ; d'ailleurs il fallait ménager une issue aux eschares de la cautérisation. Les ligatures de précaution furent réunies à la partie inférieure de la plaie.

Aucun accident ne traversa la cure, qui fut parfaite au bout de six semaines. A cette époque, la femme mangeait, avalait aussi bien qu'auparavant, et parlait autant qu'elle voulait.

Malgré le beau succès obtenu par M. Regnoli, le procédé qu'il a mis en usage ne me paraît pas devoir prendre rang dans la pratique. Il ne remplit aucune indication spéciale à laquelle ne puisse répondre un autre procédé plus simple et moins dangereux, celui de M. Sédillot, par exemple.

Quel que soit le procédé employé par le chirurgien pour l'extirpation des tumeurs de la langue avec le bistouri, il ne doit pas perdre de vue que l'hémorrhagie est toujours un des accidens les plus à craindre, et, par conséquent, il prendra toutes ses précautions pour avoir sous sa main les divers moyens hémostatiques applicables à la circonstance : les fers rougis au feu, la glace, les fils à ligature, les substances astringentes telles que : agaric, charpie, coton cardé, etc.

Extirpation par la ligature. — Les difficultés graves que l'hémorrhagie apporte dans l'exécution des manœuvres opératoires qu'on pratique sur la langue avec le bistouri, le danger qui peut même en résulter pour la vie du malade quand les moyens hémostatiques ne sont pas appliqués avec toute l'habileté convenable, ont depuis longtemps engagé les chirurgiens à se servir de la ligature pour détruire les tumeurs de cet organe.

Ces opérations ainsi que l'extirpation avec l'instrument tranchant présentent les plus grandes variétés. Quelquefois simples et faciles,

quand la tumeur est pédiculée et superficielle ; elles appartiennent aux opérations les plus graves et les plus difficiles de la chirurgie, quand elles ont pour but d'enlever une grande partie de la langue.

1° *Ligature des tumeurs pédiculées.* — Cette opération est des plus simples, quand la tumeur est peu volumineuse et placée sur la partie antérieure de la langue ; elle n'est même jamais très difficile quand la tumeur occupe la base de cet organe. La langue étant tirée et maintenue hors de la bouche de manière que la tumeur soit mise à portée du chirurgien, on place autour du pédicule une anse de fil très solide que l'on serre ensuite fortement, soit par un nœud, soit avec des constricteurs de diverses formes. Le serre-nœud en grains de chapelet de Roderic est l'un des plus simples et des plus commodes. Si la tumeur a un volume considérable, on pourra l'exciser avec le bistouri, dès que la ligature aura étranglé son pédicule : de cette manière on évite les accidens qui résultent parfois de sa putréfaction.

N° 63. — *M. Godart, médecin à Verviers, dans le pays de Liége.*

Je fus appelé en consultation pour voir une femme de 45 ans, bien réglée et se portant bien d'ailleurs, mais qui avait sur la racine de la langue une tumeur de la figure et de la grosseur d'une noix muscade, qui avait commencé à se former depuis six semaines de temps, sans aucune cause évidente. Le volume et la situation de cette tumeur empêchaient la déglutition des alimens solides, et rendaient même celle des liquides fort difficile ; d'ailleurs la présence de ce corps étranger qui sollicitait continuellement les organes de la déglutition, incommodait beaucoup la malade.

Ces considérations déterminèrent à l'extirper ; mais de quel moyen devait-on se servir pour cela ? La situation de la tumeur ne permettait guère l'application des caustiques, l'amputation n'était guère plus praticable à raison de l'hémorrhagie qui pouvait survenir, et qu'il aurait été difficile d'arrêter. Ces raisons me déterminèrent à préférer la ligature que le chirurgien proposait ; d'autant mieux que cette tumeur était soutenue par un pédicule qui lui formait une espèce de col. On la fit en conséquence. La malade vomit pendant et après l'opération, sans doute par l'irritation qui se communiquait à

l'œsophage. Le lendemain, la malade se plaignit d'un peu plus de peine à reprendre son haleine, ce que j'attribuai au gonflement que la ligature avait pu produire dans les parties adjacentes.

Le jour suivant, la tumeur était devenue blanchâtre, et l'haleine commença à puer ; le troisième jour, elle paraissait vouloir s'exfolier, l'haleine était encore plus mauvaise : je conseillai à la malade de boire chaud; le quatrième jour, la malade mangeant une soupe, se sentit tout-à-coup délivrée de sa tumeur qu'elle avala sans doute : elle fut parfaitement guérie sans autre accident.

2° *Ligature des tumeurs non pédiculées, mais superficielles.* — Ces tumeurs peuvent être liées de plusieurs manières : tantôt en leur formant un pédicule artificiel avec deux épingles passées en croix au-dessous d'elles ; tantôt au moyen d'une double ligature, ou bien encore de la ligature à anse, sur laquelle nous aurons occasion de revenir un peu plus bas.

N° 64.—*Tumeur carcinomateuse de la pointe de la langue, guérie par la ligature.* —(*Traité de chirurgie* (*De la Motte*), I, 723).

Au mois de juillet 1685, le docteur Doucet m'amena une femme de la paroisse du Teil, pour lui faire l'amputation d'un corps étranger qui lui était venu au bout de la langue. Quelque répugnance que j'eusse de toucher à cette malade, non pas pour le coup de main, mais à cause des suites fâcheuses qui sont à craindre en ces parties-là, à l'occasion de ces excroissances qui ont souvent pour cause une humeur très maligne, néanmoins, ayant été fortement sollicité par cette pauvre femme et encouragé par M. Doucet, je pris un fil ciré dont je liai ce corps étranger par sa base qui approchait de la grosseur du petit doigt, mais beaucoup moins grosse qu'à son extrémité qui était comme une grosse noix. Je fis deux tours au nœud de cette ligature afin de la pouvoir serrer sans qu'elle se relâchât, comme je le fis pendant deux jours, deux fois chaque jour, et le troisième jour, elle tomba sans qu'il resta presque aucun vestige au lieu où cette excroissance était ; je ne mis qu'un peu de miel rosat dessus. Je ne revis plus la malade que deux mois après, et elle ne s'en est jamais ressenti.

3° *Ligature des tumeurs occupant toute l'épaisseur de la pointe de la langue.* — Dans ce cas encore, l'opération est assez simple. Ou bien, on peut à l'aide d'une longue aiguille armée d'un fil double, traverser la langue sur la ligne médiane derrière la tumeur, puis

ramenant chacun des fils sur les côtés de l'organe, l'un à droite, l'autre à gauche, de manière à étrangler la langue dans une double ligature.

Ou bien, ainsi que l'a pratiqué Bierken et Mirault père, et plus tard Fine de Genève, au lieu de deux fils en placer trois, de manière à ce que chacun d'eux embrasse une portion moins considérable de tissus, et par conséquent opère la section avec plus de promptitude.

4° *Ligature des tumeurs qui occupent le corps ou la base de la langue.*—C'est principalement pour l'extirpation de ces tumeurs profondes que les chirurgiens ont exercé leur génie chirurgical. Il en est résulté plusieurs procédés importans que nous rangerons en trois groupes : 1° ligature simple par la bouche; 2° ligature par la bouche combinée avec l'incision ; 3° ligature sous-mentale combinée avec l'incision de la langue ; 4° ligature sous-mentale simple.

1° *Ligature simple par la bouche.* — Cette opération comprend deux méthodes du plus haut intérêt : 1° la ligature à anse proprement dite employée surtout par M. Récamier; et 2° la ligature à anses excentriques récemment imaginée par M. Blandin.

1° *Ligature à anse proprement dite.* (Procédé de M. Récamier). — Cette opération à l'aide de laquelle j'ai vu M. Récamier opérer l'extirpation de tumeurs énormes étendues jusqu'à l'épiglotte, est devenue, grâce aux instrumens ingénieux dont cet illustre chirurgien a enrichi l'arsenal chirurgical, et surtout grâce aux sages préceptes qu'il a émis, relativement à son exécution, l'une des meilleures opérations pour les cas de tumeurs cancéreuses de la langue.

Voici comment on l'exécute :

1er TEMPS. Le malade est assis sur un fauteuil en face d'une croisée, la tête maintenue solidement par un aide. La langue est tiée et maintenue hors de la bouche à l'aide d'un ténaculum. Alors le chirurgien qui

doit avoir à sa disposition plusieurs aiguilles moulées de forme sphéroïde et percées d'un chas près de leur pointe, saisit une de ces aiguilles armée d'un fil double, et la porte de bas en haut à travers l'épaisseur de la langue, sur la limite antérieure de la tumeur; il dégage les fils du chas de l'aiguille et la retire pour en prendre une seconde armée de même de deux fils forts. Il la porte à un pouce plus en arrière sous la langue, et lui faisant traverser l'épaisseur de l'organe, la fait sortir à la région dorsale au-delà des limites latérales de la tumeur; il dégage les fils du chas du l'aiguille et la retire pour en prendre une troisième armée toujours de deux fils forts. Il porte cette troisième aiguille à un pouce plus en arrière encore et la conduit de même au-dessous de la tumeur pour la faire sortir à la région dorsale de la langue, au-delà des limites de la maladie. Il dégage les fils et retire l'aiguille, pour en prendre une troisième, une quatrième, une cinquième même, avec lesquelles il porte de la même manière autant de fils doubles, en ayant soin de les espacer d'un pouce au plus les unes des autres.

2e TEMPS. Quand il est arrivé aux limites postérieures de la tumeur, il s'arrête, et s'occupe de réunir les fils nouveaux pour en former des anses. Pour cela, chaque paire de fil est dédoublée : l'un des chefs de la première est uni par un nœud solide avec un des chefs de la seconde; le chef restant de celle-ci est uni à l'un des chefs de la troisième, et ainsi de suite jusqu'à la dernière. Il en résulte autant d'anse, moins une, qu'il y a de paire de fils, puis la paire antérieure et la paire postérieure ont chacune un fil libre, lesquels sont destinés à cerner la tumeur l'un avant et l'autre en arrière; pour cela les deux chefs du fil antérieur sont réunis et passés dans un même serre-nœud. On en fait autant pour le fil postérieur et pour les deux chefs inférieurs de chaque anse.

3e TEMPS. Alors on procède à la constriction. C'est par le serre-nœud postérieur qu'il convient de commencer, afin d'épargner au-

tant que possible de la douleur au malade, cette opération n'étant point de celles qui permettent l'emploi des moyens stupéfians; la constriction doit être énergique. Pour la rendre plus facile, M. Récamier a imaginé des serre-nœuds à plaque, extrêmement commodes. On peut aussi employer le treuil de Mayor ou d'autres instrumens du même genre.

Après la ligature, la tumeur devient turgide, violacée, puis noirâtre, et finit par se sphacéler et tomber en putrilage. Il est de la plus haute importance de surveiller cette élimination. La bouche du malade doit être incessamment rincée à grande eau au moyen d'une forte seringue qui projette un jet vigoureux jusque dans le fond de la gorge; il importe aussi d'exciser les lambeaux sphacélés de la tumeur, de l'amoindrir ainsi peu-à-peu, jusqu'à ce que les ligatures elles-mêmes se détachent.

2° *Ligature à anses excentriques.* — Cette méthode, tout-à-fait nouvelle, et qui résoud enfin un problème que les chirurgiens poursuivaient depuis long-temps sans résultat, consiste à cerner la tumeur par un certain nombre d'anses (autant que l'on désire) dont les chefs pendent à l'extérieur, tandis que les anses elles-mêmes sont placées profondément au-dessous de la partie engorgée. Le moyen que M. Blandin a imaginé pour obtenir ce résultat est on ne peut plus ingénieux et d'une grande simplicité dans l'exécution (malheureusement la description en est fort difficile).

Le chirurgien n'a besoin que d'une seule aiguille spiroïde percée d'un chas, près de son extrémité, et montée sur un manche.

Après avoir disposé le malade comme pour toutes les opérations précédemment décrites, le chirurgien saisit son aiguille armée d'un fil fort, et l'introduit sur le côté de la tumeur, la fait pénétrer au-dessous, jusque vers le milieu de sa base; puis, lui faisant décrire une courbe assez courte, vient en faire sortir la pointe à 3 centimètres au-devant du point d'immersion; il dégage le fil de son chas,

le laisse prendre de côté, et sans retirer l'aiguille, l'arme d'un second fil; il retire alors doucement l'aiguille, jusqu'à ce que sa pointe soit profondément cachée : puis, la poussant plus en avant en lui faisant décrire une nouvelle courbe sous la base de la tumeur, il fait sortir sa pointe sur le bord de cette tumeur, à 3 centimètres encore au-devant du premier point de sortie. Là, il dégage le second fil et lui en substitue un troisième qu'il conduit, de la même manière, sous la tumeur pour le ramener à 3 centimètres au-delà, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il ait circonscrit par des anses de fil toute la circonférence de la partie malade. C'est alors seulement qu'il retire l'aiguille en entraînant avec elle un dernier fil qui complète ainsi la série. La tumeur, comme on le voit, se trouve cernée par un certain nombre de fils dont les anses, toutes placées à l'intérieur se regardent par leur convexité, tandis que leurs chefs pendent à l'extérieur. On réunit ces chefs et on les serre, soit directement, soit au moyen de serres-nœuds, pour étrangler les tissus qu'elles comprennent. Il est facile de voir que chaque anse ne comprend ainsi qu'une seule fois la muqueuse; qu'elle coupe les tissus de l'intérieur à l'extérieur; qu'elle ne tiraille pas les tissus sains en fronçant la base de la tumeur comme la ligature à anse ordinaire; que par conséquent elle a des avantages réels sur l'autre méthode.

2° *Ligature par la bouche, combinée avec l'incision. Procédé de Lisfranc.*—M. Lisfranc ayant affaire à une tumeur qui occupait l'un des côtés de la langue et se prolongeait près de la racine, eut l'idée de l'isoler latéralement des parties saines avec le bistouri, et d'embrasser sa base dans une ligature. Voici comment il a procédé : le malade, assis sur une chaise, la tête un peu penchée en avant et bien assujettie, un bistouri droit fut porté sur la partie inférieure de la langue, au lieu où elle cesse d'être adhérente aux parties sous-jacentes; l'instrument traversa l'organe de bas en haut et d'avant en arrière, de manière à ce que sa pointe alla sortir vers l'épiglotte où se terminait

la maladie. On fit une section d'arrière en avant pour séparer la portion affectée des tissus qu'on voulait ménager. Cette partie de l'opération exécutée, on introduisit la tumeur cancéreuse dans l'anse de la ligature qui devait étreindre sa base; on saisit ensuite le cancer avec une pince de Museux, et on exerça des tractions d'avant en arrière pour faciliter la manœuvre. L'opérateur portant ses doigts jusque derrière le point où se terminait la maladie exerça une constriction suffisante à l'aide du treuil de Mayor.

Ce procédé simple et rapide réunit une partie des avantages de l'excision et de la ligature sans en avoir les principaux inconvéniens. C'est une opération vraiment utile.

N° 65. — *Cancer de la moitié droite de la langue. Ligature et incision combinées*, par Lisfranc (*Revue médic.*, 1827, 2, 69).

M. Th., âgé de 35 ans, d'une assez bonne constitution, entra à l'hôpital de la Pitié, dans les premiers jours de septembre 1826, affecté d'un cancer de la langue qui occupait les deux tiers droits de cet organe, depuis la pointe jusqu'à sa base.

La maladie existait depuis 1823, avait commencé par une ulcération située à 1 pouce environ de l'extrémité antérieure. Les douleurs, légères d'abord et intermittentes, devinrent, au commencement de l'année 1826, continues et lancinantes; la mastication était presque impossible; la parole très difficile; la langue était tuméfiée, dure, couverte d'ulcérations à fond grisâtre et à bords renversés. Il existait du côté droit, sous l'os maxillaire inférieur, plusieurs ganglions lymphatiques engorgés qui formaient des tumeurs considérables. Le malade avait essayé quelque temps auparavant un traitement anti-syphilitique, sous l'influence duquel le cancer avait fait des progrès. Marié depuis 1816, il ne s'était jamais exposé à la contagion et avait donné le jour à des enfans très sains. Avant d'entrer à l'hôpital, M. Th. avait consulté plusieurs chirurgiens qui tous pensaient que la langue était malade dans toute son épaisseur; tous avaient conseillé l'extirpation de la partie affectée. M. Lisfranc ayant fait disparaître les engorgemens sous-maxillaires par l'usage des sangsues, d'abord en grand nombre, puis en petite quantité, il convient avec M. Mayor, de Lausanne, qui vint à l'hôpital de la Pitié, qu'on emploierait pour l'ablation de ce cancer, le procédé de ce praticien distingué pour la ligature des tumeurs.

On pratiqua l'opération le 20 septembre, de la manière suivante :

Le malade assis sur une chaise, la tête un peu penchée en avant et bien assujettie, un bistouri droit fut porté sur la partie inférieure de la langue au lieu où elle cesse d'être adhérente aux parties qui lui sont sous-jacentes : l'instrument traversa l'organe de bas en haut et d'avant en arrière, de manière à ce que sa pointe allât sortir vers l'épiglotte où se terminait la maladie. On fit une section d'arrière en avant pour séparer la portion affectée des tissus qu'on voulait ménager. Cette partie de l'opération exécutée, on introduisit la tumeur cancéreuse dans l'anse de la ligature qui devait étreindre sa base; on saisit ensuite le cancer avec une pince de Museux, et on exerça des tractions d'avant en arrière pour faciliter la manœuvre. L'opérateur portant ses doigts jusque derrière le point où se terminait la maladie, exerça une constriction suffisante à l'aide du constricteur, espèce de petit cabestan. L'opération avait été exécutée avec beaucoup de promptitude ; il ne s'écoula presque pas de sang. M. Th... fut reconduit à son lit, fit usage de boissons émollientes, de gargarismes détersifs. L'appareil resta en place, le constricteur situé hors de la bouche.

Le 21, lendemain de l'opération, le malade se plaignit de douleurs assez fortes. On n'observait nulle diminution dans le volume de la partie liée, une salivation abondante avait lieu. On pensa que la contriction exercée par le lien n'était pas assez forte, elle fut augmentée. Bientôt la douleur disparut presque complétement. Même pansement.

Le 22, nous ne vîmes nul changement dans le volume de la langue ; mais, chose remarquable, une cicatrice s'était formée entre le côté sain et celui malade, dans presque toute l'étendue de la division longitudinale qui les avait isolées. Cette adhérence fut détruite sur-le-champ : un linge fin placé dans la solution de continuité empêcha la récidive de cet accident. Bientôt, la portion liée, privée de sucs, devint noire, se flétrit ; tous les poins cancéreux se convertirent en escarres. La ligature fut enlevé le sixième jour. Quel ne fut pas l'étonnement de tous les assistans de voir, le septième jour, les parties mortes étant tombées, la langue conservée dans toute son étendue, abstraction faite de 2 lignes environ de son extrémité antérieure ! La superficie seule de l'organe était malade. On remplaça les détersifs par des émolliens, puis par des révolutifs. La guérison marcha avec rapidité. Une petite ulcération simple résista sur la partie antérieure de l'organe ; elle fut cautérisée à plusieurs reprises par le nitrate d'argent fondu. Ce moyen suffit pour achever la cure du mal.

N° 66. — *Observation d'un vaste cancer de la langue opéré et guéri par la ligature en masse.* — (Mayor de Lausanne, *Gaz. médic.*, t. III).

Une femme de 53 ans, portait depuis environ quatorze mois une induration ulcérée ayant tous les caractères du cancer, et qui occupait plus de la moitié droite de

la langue depuis sa base jusqu'à sa pointe. Ce mal avait été longuement et inutilement traité par des caustiques variés; mais ses progrès rapides ne laissèrent plus d'espoir que dans l'extirpation par l'instrument tranchant ou par la ligature. On donna la préférence à cette dernière, et ce fut M. Mayor de Lausanne qui fut chargé de l'opération. Pour cet effet, la malade étant assise devant le jour, un aide placé derrière assujétit la tête avec la main droite ramenée sous le menton, et avec le pouce entouré et protégé par une bande et introduit entre les mâchoires. L'opérateur après avoir attiré la langue, préalablement entourée d'un linge sec, constate que le mal s'étend jusqu'à l'isthme du gosier et qu'il empiète sur la moitié gauche de l'organe. Alors, le chirurgien porte son bistouri sous la face inférieure de la langue, sur le côté gauche du frein, puis il fait saillir la pointe de la face inférieure à la face dorsale et divise complétement l'organe en ramenant l'instrument d'arrière en avant. La langue se trouve ainsi divisée en deux portions inégales; une droite, comprenant environ les deux tiers de l'organe; l'autre gauche, qui n'en représenterait qu'un tiers. Il restait donc à faire la ligature de la portion droite en arrière des limites du mal. Pour y parvenir, il incise profondément le frein, en rasant le tissu de la langue; puis fixant une pince érygne en arrière des limites du mal, il attire fortement la langue à lui; puis il porte au-delà de cette pince érygne, c'est-à-dire au niveau de l'amygdale droite, une anse de fil métallique destinée à lier la partie droite de la langue; puis il opère une constriction suffisante au moyen de son contricteur, et abandonne l'organe. La langue se tuméfia, devint bleuâtre et la malade fut conduite à son lit; il n'y eut point d'hémorrhagie et l'on ordonna des lotions d'eau et de lait pour nettoyer la bouche; le lendemain on leur substitua celles d'eau acidulée avec le citron que l'odeur fétide semblait indiquer. Il y eut peu de douleur, la fièvre fut presque nulle; mais la langue devint noirâtre et se gonfla si fort qu'elle remplit la cavité de la bouche, écarta les mâchoires, en faisant saillie hors de la bouche. Quant au tiers de cet organe sain, il était refoulé en arrière et à gauche et ne pouvait être aperçu; aussi ne le vit on que le deuxième jour lorsqu'on eut enlevé la plus grande partie de la portion liée qui était déjà mortifiée et insupportable par son odeur. Dès ce moment la parole revint graduellement et un peu de boisson put passer; la malade pouvait remuer le petit bout de langue qu'on lui avait conservé. Le fil tomba le cinquième jour, après avoir coupé ou détruit les tissus qu'il étreignait. Le neuvième jour la malade avalait sans douleur, quelque temps après on put remarquer que le tiers restant de langue avait diminué de longueur, augmenté de largeur, et qu'il manifestait une tendance à occuper le milieu de la bouche, au lieu de rester sur le côté gauche.

3° *Ligature sous-mentale, combinée avec l'incision. Procédé de Cloquet.*—Dans un cas où la tumeur occupait une des moitiés latérales de la langue, et s'étendait presque jusqu'à l'épiglotte, M. Cloquet imagina en 1827 de pénétrer par la région sus-hyoïdienne pour passer à travers la base de la langue une double ligature dont l'une servit à circonscrire la tumeur en arrière, et l'autre à compléter sur la ligne médiane l'isolement de la tumeur préalablement fait en grande partie avec le bistouri. Ce procédé complète celui de Lisfranc, et permet d'arriver plus facilement à des profondeurs considérables.

N° 67. — *Cancer de la langue. — Ligature et incision par M. Cloquet.* — (*Arch.*, XIV, 511).

Au moment où le docteur Mayor, de Lausanne, fréquentait les hôpitaux de Paris en s'efforçant de faire voir le parti que l'on pourrait tirer des ligatures en masse (1) dans une foule d'opérations majeures, il vint à la clinique un malade qui parut précisément ne pouvoir être que difficilement guéri d'une autre manière.

Cet homme, âgé de 51 ans, avait été attaqué de syphilis à plusieurs reprises. Un ulcère fongueux, à bords renversés et durs, dont rien n'avait pu entraver la marche, occupait le côté droit de la langue jusqu'auprès de sa base et semblait avoir très profondément désorganisé cette partie. C'est dans cet état que Gervais fut admis à l'hôpital de perfectionnement, le 1er mars.

L'ulcère laissait alors s'écouler une grande quantité de sanie degoûtante. M. Cloquet le présena, le 2, à l'assemblée des professeurs de l'École de médecine, qui pensèrent que l'amputation était applicable.

L'opération fut pratiquée le 6.

Le malade étant assis et ayant la tête légèrement renversée en arriére, une plaie d'un pouce d'étendue environ et parallèle à l'axe du corps, fut d'abord pratiquée sous le menton, immédiatement au-dessus de l'os hyoïde; puis une double ligature en ruban formée de quatre brins de fils, fut conduite par cette ouverture dans la bouche, en traversant la base de la langue à l'aide d'une aiguille courbe à manche et percée près de la pointe. Alors M. Cloquet divisa la langue en deux parties égales, d'avant en arrière, et après avoir placé l'un des fils entre la base de ces deux lambeaux, il le renversa en dehors et en arrière du côté malade, pour le ramener à l'extérieur, avec le

(1) *Des ligatures en masse;* br. in-8. Paris, 1826.

même instrument, par l'ouverture qui lui avait primitivement donné passage. L'autre ligature, séparée de la première et renversée en avant, fut aussi ramenée à l'extérieur par l'ouverture sushyoïdienne. Enfin, à l'aide de deux serre-nœuds semblables à celui de Deschamps pour les artères, mais beaucoup plus longs, toutes les parties comprises dans l'une de ces ligatures, c'est-à-dire tout un côté de la langue, furent étranglées et le malade est reconduit dans son lit. (Saignée, orge miellé, gargarismes détersifs, trois lavemens). Le soir, ce sujet très fort, très vigoureux, et qui avait d'ailleurs supporté l'opération avec un courage remarquable, ne respire que difficilement.

Le 7, le 8 et le 9, la difficulté de respirer augmente ; il semble que la bouche, trop fortement remplie, ne permette plus à l'air de pénétrer dans le larynx. Tous les symptômes de l'asphyxie ne tardent pas à se manifester et la mort a lieu dans la nuit du 9 au 10 mars.

Nécropsie. — Le 11, la tuméfaction de la langue est moins considérable qu'on aurait pu le croire avant la mort; la partie malade avait été convenablement saisie; mais le larynx, la trachée et même les bronches, étaient remplis de mucosités sanguines et purulentes noirâtres, en sorte que cet homme est évidemment mort asphyxié et comme empoisonné par cette substance qui répandait une odeur âcre et vraiment infecte. Les ganglions lymphatiques du cou étaient en suppuration. Les autres organes n'offraient pas de traces de lésion.

16. *Ligature sous-mentale sans incision de la langue. Procédé d'Arnolt.* — Ce procédé diffère peu de celui de M. Cloquet. Il est absolument basé sur les mêmes principes. Pour l'exécuter, le chirurgien fait sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne une incision qui pénètre jusqu'entre les muscles génio-hyoïdiens, puis à l'aide d'une longue aiguille, il introduit de bas en haut, à travers la base de la langue, deux fils. L'un de ces fils est ramené d'arrière en avant sur la ligne médiane jusqu'à la limite antérieure de la tumeur; là on le fait pénétrer avec une aiguille portée de haut en bas, à travers la partie libre de la langue, puis à travers le plancher de la bouche au niveau de la première molaire, pour le ramener à la plaie du cou. L'autre parcourt un chemin plus simple; on le porte en dehors pour circonscrire la tumeur en arrière, puis on le fait pénétrer avec une aiguille dans le même trou que le premier pour le conduire aussi

à travers le plancher de la bouche jusqu'à la plaie du cou. Un troisième fil qui ne pénètre plus par la plaie du cou, est passé à travers la pointe de la langue, pour être ramené sur le côté, pour isoler la tumeur en avant.

N° 68.— *Tumeur cancéreuse de la langue, (guérison d'une occupant la moitié de cet organe). — Ligature, par James Arnott, chirurgien de l'hôpital de Middlessex. — Arch.*, 1840, mai, 103).

Hannah H., âgée de 15 ans, fut admise à l'hôpital de Middlessex, le 8 mai 1838. Elle avait le côté droit de la langue occupé par une tumeur qui faisait saillie au-dessus et au-dessous de la surface de cet organe et s'étendait en arrière jusqu'à un demi-pouce de l'isthme du gosier, s'engageant par les côtés entre les arcades dentaires. Le volume et la forme générale de cette tumeur se rapprochaient assez de celui d'un œuf de poule, mais sa surface était irrégulière, sa couleur était pourpre et dans quelques points seulement d'un gris jaunâtre, ce qui tenait sans doute à l'épanchement de lymphe sous la muqueuse de la langue. A la partie postérieure, existaient des excroissances de forme verruqueuse, tandis qu'en avant ces saillies avaient l'apparence de vésicules. Dans toute son étendue, cette tumeur était dure, solide et résistante à la pression ; la douleur était vive et se prolongeait jusque vers l'oreille. De fréquentes pertes de sang avaient lieu par la partie malade ; elles étaient surtout déterminées par les attouchemens, mais elles s'arrêtaient d'elles-mêmes. Les ganglions lymphatiques de cette région n'étaient pas développés, et la malade avait du reste bonne mine. Elle n'avait jamais été menstruée.

Cette jeune fille et sa mère s'accordent à dire que la maladie s'est développée il y a neuf ans environ ; une tumeur bleuâtre, du volume du bout du doigt à-peu-près, apparut d'abord à la surface de la langue ; elle resta stationnaire pendant six semaines environ, mais bientôt par l'influence des pilules que la maladie prit pour guérir des accès nerveux, la tumeur prit un accroissement rapide.

On purgea la malade, qui fut soumise au traitement ioduré (par l'iodure de potassium) pendant quinze jours de suite, mais sans succès ; on lui administra aussi de l'extrait de jusquiame, toujours sans aucun résultat favorable. L'application du nitrate d'argent porta quelque soulagement à la malade ; mais le volume de la tumeur restait toujours le même. L'affection semblait rebelle à la médecine, je me décidai à avoir recours à une opération chirurgicale. La grosseur de la tumeur continuait à augmenter et remplissait la concavité du palais ainsi que l'espace sublingual ; elle occupait deux pouces et demi en longeur, un pouce trois quarts en épaisseur, réduisant ainsi à une

bandelette la moitié gauche de la langue. En tirant la langue hors de la bouche, et à gauche, on peut tracer les limites de la tumeur, en passant le doigt le long de son bord externe. A sa partie moyenne et supérieure, les excroissances de nature verruqueuse enveloppaient tellement le côté gauche de l'organe, qu'il était impossible de distinguer le sillon qui existe ordinairement dans cette partie. La présence de ces excroissances, et surtout la proéminence de la tumeur même, rendait difficile de limiter la partie postérieure et supérieure de la tumeur. On y arriva cependant. L'affection n'avait pas encore envahi inférieurement la totalité de la base. La malade avait été réglée, mais sa santé générale se détériorait.

Le 6 juin, l'opération suivante fut pratiquée. La malade étant assise, la tête légère; mem renversée, et l'os hyoïde fixé, on fit une incision en haut et en avant, d'un pouce et demi de longueur sur la ligne médiane, à travers la peau, le tissu cellulaire et le raphé des muscles mylo-hyodiens. Avec le manche du bistouri, on pratiqua un passage pour le doigt de l'opérateur entre les deux muscles génio-hyoïdiens et génio-glosses, On passa ensuite un ténaculum à travers le sommet de la langue qui fut tirée en dehors et maintenue dans cette position pendant la durée de l'opération. Une forte aiguille, fixée dans un manche, fut passée par la plaie du cou, à travers la base de la langue, dans l'intérieur du pharynx, un peu à gauche de la ligne médiane. Cette aiguille portait un fil en nœud coulant, qui fut tiré en dehors de l'autre côté par un crochet mousse, et l'aiguille fut ensuite retirée. On fit alors deux ligatures, dont l'une fut placée le long de la face dorsale de la langue, de manière à cerner la tumeur à gauche-elle fut portée ensuite de haut en bas, à travers la pointe de la langue, par le moyen d'une grande aiguille courbe, dans le trou de laquelle on passa ensuite le bout de l'autre ligature. Fixée dans un porte-aiguille, cette aiguille fut alors conduite à travers la face inférieure de la cavité buccale, immédiatement derrière la dernière dent molaire du côté droit, et dirigée d'abord perpendiculairement en bas, puis recourbée sur la ligne médiane, et ramenée en dehors par l'incision au cou. Les quatre bouts des deux ligatures pendaient ainsi hors de la plaie; un des nœuds fut disposé de manière à entourer la moitié droite de la langue, à sa base, au-delà de la tumeur; tandis que l'autre était placé horizontalement à la face dorsale, horizontalement et obliquement en bas. Une troisième ligature fut ensuite passée à travers la partie antérieure de la langue, qui isole la partie malade de celle qui était restée saine. Le premier résultat de l'opération fut que la langue se trouva fixée dans la bouche, et qu'il devint impossible à la malade d'articuler les sons ou d'avaler. Pendant quinze jours, la nourriture et les médicamens furent introduits dans l'estomac au moyen d'une sonde de gomme élastique. Le onzième jour, les parties malades se trouvaient entièrement séparées du reste de la langue par un sillon profond qui la faisait paraître bifide ou fourchue. Ce sil lon s'éte-

dait jusqu'à la base et semblait comprendre toute l'épaisseur des parties. Elle n'avait plus son caractère vésiculeux et verruqueux; sa couleur n'était plus d'un rouge pâle: elle était ferme, résistante et dure, surtout en arrière. Vers le milieu du bord dentaire, sa couleur était livide, et près de la surface supérieure, il devenait coloré et irrégulier.

La cicatrisation, par l'apparition des bourgeons charnus, avait commencé à s'établir entre les parties malades et les parties saines de la langue seulement. La sonde et les instrumens divisaient avec une grande facilité ces adhérences molles et peu parfaites. Il devenait évident que la première portion recevait du sang de la partie inférieure; on eut alors recours au procédé opératoire suivant pour la détacher. Une anse de fil d'argent convenablement préparée fut passée sur la langue par la bouche, enfoncée dans le sillon que nous avons indiqué, puis tirée en avant; de cette manière, la partie malade se trouva complétement placée au-dessous du niveau de l'anse; les deux extrémités de fil furent alors passées à une double canule à polype portée jusque sur la tumeur, au point que l'on pouvait considérer comme son col, la ligature fort serrée, alors le reste de la tumeur se mortifia cinq jours après, le seizième à partir du jour de l'opération. La malade sortit le 10 juillet, sans que rien put faire craindre une récidive.

M. Arnold ajoute: « Il est inutile de rappeler que l'extrémité de la langue et tout le côté droit, qui étaient sains, furent ménagés. Pendant quelque temps, la malade souffrit beaucoup de son inhabileté à distinguer la saveur des substances mise en contact avec cette portion du sommet de la langue, et par les pincemens continuels qu'elle éprouvait en l'engageant à travers les dents. Quoique rien ne soit changé, j'ai aujourd'hui (13 novembre) acquis la certitude, par l'application des corps sapides, que ces deux inconvéniens n'existent plus.

Pendant quelque temps, la malade fut incommodée par des portions d'alimens qui s'introduisaient sans cesse dans l'espace vide laissé par suite de l'opération, ce qui nécessitait même l'emploi des doigts pour la vider; mais peu-à-peu cet espace disparut, et par suite de la disparition de cet espace dû au développement des parties primitivement comprimées, et à l'habitude que la malade acquit bientôt de mouvoir sa langue, elle n'éprouva plus les inconvéniens que nous avons primitivement indiqués. Toutefois, les mouvemens de la langue sont bornés par une espèce de cicatrice attachée à l'extrémité de la bouche, et son sommet ne peut être porté au-delà des dents; mais on ne pourrait pas savoir en l'entendant parler qu'elle a perdu une si grande partie de la langue: seulement elle grasseye un peu (*Medico-Chirurgical transaction of London*).

Enfin, il est un dernier procédé qui diffère essentiellement de tous ceux que nous avons décrits jusqu'à présent, non pas tant par l'exécution que par le résultat qu'on se propose d'en obtenir. C'est le procédé de M. Mirault que je désignerai sous le nom de ligature incomplète de la langue, pour le différencier des autres procédés dans lesquels la partie malade est complétement cernée par la ligature, et partant frappée de mort. Ce procédé consiste à cerner la base de la langue au moyen de deux ligatures introduites par une plaie faite sur le raphé de la région sous-mentale. Ces deux ligatures portées à travers l'épaisseur de l'organe, viennent sortir près de sa base sur la ligne médiane. Chacun des fils est ensuite ramené latéralement l'un à droite, l'autre à gauche, puis repassé à l'aide d'une aiguille à travers le plancher de la bouche jusqu'à la plaie du cou. Il en résulte que la langue est cernée dans une grande partie de son épaisseur, mais que sa partie antérieure, celle qui correspond au frein, reste libre dans une certaine étendue, et peut ainsi fournir à l'entretien de la vie dans l'organe. M. Mirault, se basant sur une observation des plus curieuses, espère ainsi pouvoir, dans certaines circonstances guérir des tumeurs carcinomateuses sans en faire l'extirpation, et tout simplement en apportant dans la circulation de la langue, un trouble qui ne permet plus au tissu morbide de s'accroître ni même de subsister.

N° 69. — *Observation de cancer de la langue, traité par la ligature d'une des artères linguales, et par la ligature en masse de la langue.—Guérison.*—Par M. Mirault (d'Angers), *Gaz. méd.*, t. II).

Une jeune fille de 28 ans, tempérament lymphatique, habitant à la campagne, avait ses règles supprimées depuis quelques mois, lorsque, au mois de janvier 1833, elle s'aperçut d'une tumeur qui se développait dans le corps de la langue. Un officier de santé consulté prescrivit des applications de sangsues aux cuisses, et en effet les règles revinrent; mais la tumeur linguale ne fit que s'accroître, et enfin la malade fut amenée à Angers, où M. Mirault la vit le 25 avril. Alors, on pouvait sentir dans l'épaisseur de la

langue un noyau dur, allant d'un côté à l'autre, se prolongeant à gauche jusqu'au pilier antérieur du voile du palais, et éloigné de 6 lignes seulement de celui du côté droit. Elle y ressentait des élancemens ; les glandes sublinguales étaient engorgées ; on diagnostiqua un cancer. D'ailleurs, la vie simple et pieuse de la jeune fille écartait tout soupçon de syphilis.

Cependant, dans l'espoir d'obtenir la résolution, on résolut de tenter les applications de sangsues sous la langue. La malade, retournée chez elle, se mit donc à deux reprises quatre sangsues en cet endroit ; mais la tumeur grossissant toujours, la força à revenir à Angers, le 14 mai. Alors la langue avait un tel volume qu'elle remplissait la bouche ; la face dorsale était couverte de végétations larges et pédiculées en formes de champignons ; des ulcérations semées çà et là rendaient une suppuration d'une fétidité horrible ; du sang s'en écoulait quelquefois en abondance ; la parole était empêchée ; la déglutition impossible pour les substances solides ; toutefois il n'y avait pas de fièvre. Il était urgent d'enlever le mal ; mais pour cela, il fallait extirper les deux tiers antérieurs de la langue, ce qu'aucun opérateur, dit M. Mirault, n'avait encore fait ; en sorte que le chirurgien, sans antécédens pour se guider, fut réduit à ses propres méditations. Il conçut deux plans d'opération ; le premier consistant à lier la langue au-devant des piliers, et à l'extirper ensuite avec des ciceaux au-devant de la ligature ; le second, à lier préalablement les artères linguales et ensuite à tenter l'excision. Ce fut à ce dernier qu'il s'arrêta.

Le 17 mai, il procéda à la ligature de l'artère linguale du côté gauche ; mais, malgré les précautions les mieux prises, il ne put réussir à la trouver, ce qui le força à revenir à son premier plan, au moins pour ce côté de la langue, et à l'étreindre avec une ligature. Mais auparavant, il voulut tenter de lier l'artère linguale du côté droit, ce qui fut exécuté le lendemain, 18 mai.

La malade assise sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, le menton tourné à gauche, M. Mirault fit au côté droit du cou une incision qui, partant du milieu de la grande corne de l'os hyoïde, allait au bord antérieur du sterno-mastoïdien, en passant à six lignes au-dessous de l'angle de la mâchoire. Il parvint ainsi à l'artère qu'il trouva un peu au-dessus du nerf grand hypoglosse, mais non sans difficulté et sans blesser plusieurs veines qu'il fut obligé de lier. Enfin la ligature fut placée. La plaie rendit une suppuration abondante ; mais les végétations de la langue cessèrent de croître, et, au bout de quinze jonrs, elles étaient flétries, sans consistance, et la malade n'avait besoin que de passer le doigt sur la langue pour les en détacher ; mais elles laissèrent à nu une ulcération profonde de 8 lignes, où l'on pouvait coucher l'extrémité du doigt, et sujette à donner du sang.

Le 5 juin, une hémorrhagie eut lieu par la surface ulcérée. La malade, suivant les

conseils qui lui avaient été donnés, appliqua sur l'ulcère un tampon d'agaric, qui modéra l'hémorrhagie, mais qui ne l'empêcha pas de récidiver deux autres fois dans la journée et une quatrième fois à huit heures du soir. Alors M. Mirault se trouva près de la malade ; la seule ressource fut jugée être la ligature de la langue, mais les difficultés de l'opération à la lumière artificielle, la firent remettre au lendemain 6 juin.

Tout étant préparé, on fit sur la ligne médiane du cou, une incision qui descendait du menton jusqu'à l'os hyoïde et pénétra dans l'intervalle des génio-hyoïdiens. A ce moment, on fit tirer fortement en dehors la langue saisie avec des pinces érignes. A l'aide d'une grande aiguille courbe, M. Mirault traversa la langue à sa base sur la ligne médiane, fit sortir l'aiguille par la bouche, la replongea dans la bouche même, sur le bord gauche de la langue, pour la faire ressortir par la plaie du cou. Alors la moitié gauche de la langue se trouvait comprise à sa base dans une anse de fil dont les deux chefs pendant par la plaie furent serrés au moyen d'un serre-nœud. Voici quels furent les effets de cette ligature.

Dans la journée, du sang s'échappa encore de l'ulcère ; on resserra la ligature, après quoi le sang ne reparut plus. La langue se tuméfia médiocrement ; il y eut de la bouffissure au visage, un peu de mal de tête de ce côté, de la fièvre qui dura neuf jours, et ce fut tout. Durant ces neuf jours, on resserra deux fois la ligature; elle tomba le neuvième, et, comme à mesure qu'elle divisait les parties on avait enjoint à la malade de porter de temps le doigt dans la division, pour prévenir toute adhérence, il y eut là une division complète de la base de la moitié de la langue d'avec le reste de cet organe. La tumeur, par suite, diminua d'une manière notable ; les bords épais et durs de l'ulcération s'assouplirent; l'odeur disparut. Tout allait parfaitement bien.

On était sûr alors que les artères linguales étaient toutes deux oblitérées et que l'excision pouvait se faire sans danger d'hémorrhagie. Mais M. Mirault préféra tenter la ligature de la seconde moitié de la langue, comme il avait fait pour la première. L'aiguille fut donc passée et repassée de même par la plaie du cou qu'on avait entretenue. Il y eut en conséquence moins de douleur. Cependant cette seconde ligature de la langue fut suivie d'un érysipèle de la face qui cèda heureusement. La malade, cette fois, n'eut pas assez de persévérance pour glisser le doigt dans la section faite par le lien ; en sorte que celui-ci tombé, les parties qu'il avait divisées se trouvèrent réunies par première intention, au grand désappointement du chirurgien. Il semblait alors que l'excision fut la seule ressource ; cependant l'observation des phénomènes qui suivirent l'observation, engagea à différer. Chose remarquable, la tumeur diminua de jour en jour, l'ulcère se cicatrisa, la langue reprit son volume et sa consistance, et vingt-deux jours après la dernière ligature, il ne restait plus dans son épaisseur qu'un petit noyau dur de la grosseur d'une noisette.

On renvoya la jeune fille à la campagne pour remettre sa santé. Elle partit le 23 juillet. Le 9 septembre, elle revint à Angers et fut présentée à la Société de médecine de Maine-et-Loire. Elle était parfaitement guérie, et n'offrait plus aucun vestige de la tumeur. La parole est redevenue assez libre, la déglutition facile, le goût, chose extraordinaire, s'est trouvé conservé intact des deux côtés, malgré la section inévitable de tous les nerfs; et des expériences directes tentées devant la Société, n'ont laissé aucun doute sur ce sujet.

On n'aperçoit à peine à droite les traces de la section de la langue ; ces traces sont plus visibles à gauche. La langue ne saurait se porter beaucoup de ce côté, sans doute à cause de la section complète du stylo-hyoïdien gauche.

D'après la description que nous avons donnée des nombreuses méthodes opératoires proposées pour la guérison des cancers de la langue, et l'indication des circonstances dans lesquelles on les a employés, il est facile de voir qu'on ne peut établir entre elles un parallèle rigoureux.

Les formes du cancer sont si variées, les dispositions individuelles offrent des nuances si nombreuses, qu'il n'est peut-être pas un procédé opératoire qui ne puisse trouver son application utile. Une grande question cependant resterait à juger, celle de la valeur relative, non pas de chaque procédé en particulier, mais bien des deux grandes méthodes principales, l'excision et la ligature.

Déjà le simple exposé des noms illustres attachés à l'une et à l'autre méthode démontre que, pour les praticiens les plus consommés, la question est toujours en litige. L'excision est plus brillante, plus prompte, moins douloureuse, mais elle expose à un accident redoutable, l'hémorrhagie, et exige l'emploi de moyens hémostatiques dont l'application offre parfois des inconvénients sérieux. D'une autre part, si la ligature effraie moins le malade, si elle met à l'abri des accidens hémorrhagiques, elle est peut-être moins sûre dans son action, elle donne lieu parfois à des accidens d'étranglement ou d'inflammation violente. Elle expose surtout le malade à l'empoisonnement putride par suite de la décomposition de la tumeur et l'inges-

tion involontaire de la sanie putréfiée qui en résulte. J'ai vu, dans un cas de ce genre, survenir, par le fait de cette sorte d'empoisonnement chez un homme sain d'ailleurs, des escharres de gangrène humide sur divers points du corps, et le malade succomber à ces accidens.

Quelle que soit l'opération employée pour détruire les tumeurs de la langue, elle entraîne souvent la destruction d'une portion notable de cet organe, quelquefois même de l'organe tout entier. Dans le premier cas, si surtout on a pu ménager une certaine portion des parties latérales de la langue, les fonctions de la déglution de la phonation peuvent encore passablement s'exécuter, mais si l'ablation est complète, la phonation se trouve à peu près abolie. On a vu cependant des individus qui avaient subi l'éradication presque complète de cet organe, et qui pouvaient encore, en plaçant dans leur bouche quelques corps étrangers, articuler un assez grand nombre de mots. Louis en a rassemblé plusieurs exemples dans un mémoire inséré parmi ceux de l'Académie de chirurgie.

N° 70. — *Cancer pédiculé de la langue. Mort par asphyxie,* service de M. Velpeau (*Bulletin de la Soc. anat.*)

M. Gobelet apporte une pièce qui est du nombre des cas rares. C'est une tumeur encéphaloïde pédiculée de la base de la langue, qui a produit la mort par asphyxie en s'appliquant sur l'ouverture du larynx, chez un jeune paysan de 23 ans.

Ce jeune homme, d'une famille saine, toujours bien portant, a commencé, en juin 1845, à éprouver un peu de gêne pour avaler. Cette gêne augmenta, et, au bout de huit mois, il était survenu a l'isthme du gosier une tumeur que l'on sentait avec le doigt. Un jour, cette tumeur s'ouvrit et laissa sortir un morceau de chair et une matière sanguinolente. Plus tard, le malade a arraché avec son doigt recourbé en crochet, une portion de la tumeur qui a été examinée et a paru être de l'encéphaloïde. Le malade est entré dans le service de M. Velpeau, à la Charité. Il avait un teint jaune sale de toute la peau; du côté droit de la base de la langue, on voyait proéminer une tumeur dont on ne pouvait pas bien apprécier l'origine. On crut d'abord devoir employer la sonde œsophagienne pour introduire des alimens qui purent bientôt passer seuls, surtout à gauche. Rien n'annonçait un danger immédiat, lorsque le malade s'est plaint de suffoquer tout-à-coup. Il porte le doigt dans le fond de sa bouche pour déplacer la

tumeur, suivant son habitude, lorsqu'elle le gênait ; ne pouvant pas réussir, il est pris d'un accès de colère, jette son bonnet par terre, et tombe mort aussitôt. L'interne de garde appelé est arrivée cinq minutes après, il a déplacé la tumeur de dessus le larynx, mais il n'a pu rappeler le malade à la vie.

N° 71. — *Squirre atrophique de la langue, communiqué par M. Morel-Lavallède.*

Le 4 octobre 1847 est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint.-Jean, n. 24, le nommé Mulhauser (André), âgé de 62 ans, ferblantier, née à Bade, non marié.

Antécédens. — Le père de cet homme est mort d'une hydropisie aigue de poitrine et sa mère du choléra : l'un et l'autre dans un âge assez avancé. Plusieurs de ses nombreux frères et sœurs ont succombé à la suite de maladies courtes, dont il ne peut préciser la nature. Ceux qui ont survécu sont bien portans, quoiqu'ayant déjà tous dépassé la cinquantaine.

Quant à lui sa constitution est moyenne : il a toujours été pâle mais bien portant ; il affirme particulièrement n'avoir jamais eu de maladies vénériennes et n'en porte aucune trace. Il a joui toute sa vie d'une certaine aisance qui, jusqu'aux désastres privés de sa maladie actuelle, lui a permis de se nourrir et de se loger convenablement.

Le malade attribue son affection à ce que, en 1830, il fuma beaucoup avec une pipe courte qu'il tenait du côté droit de la bouche et qui lui brûlait la langue. A cette époque, sans remarquer de bouton à la surface de sa langue, il vit que l'épiderme exfolié s'en allait sous forme de lamelles, après s'être détaché de la partie moyenne du bord droit de l'organe. Cette exfoliation dura deux à trois jours, s'accompagnant d'une douleur sourde dans le point correspondant du tissu sous-jacent. Ces deux phénomènes reparurent à plusieurs reprises à des intervalles variables pendant plusieurs mois au bout desquels l'exfoliation épidermique cessa, tandis qu'au contraire la douleur persista. Cette dernière pendant longues années ne consista qu'en une sensation d'ardeur et par momens de brûlure sans élancemens. Sous l'épiderme exfolié le malade ne vit pas d'abord d'ulcération et ne sentit pas d'induration circonscrite. Mais bientôt une induration diffuse se montra le long du bord droit de la langue ; ce bord devint sinueux, inégal et s'est crispé graduellement pendant 17 ans, jusqu'au point où nous le voyons actuellement. La langue, à mesure qu'elle se déformait, se *collait* de plus en plus (pour exprimer les sensations du malade) au plancher de la bouche, et se refusait de plus en plus aussi à l'articulation des sons. Cette dernière, d'ailleurs, est restée assez bonne jusqu'à il y a quelque mois, et une période de plusieurs années avait précédé où la gêne dont il s'agit était intermittente. Depuis un an seulement une exsudation purulente, assez abondante pour attirer l'attention, se fait à la surface des anfractuosités

anormales que présente l'organe. C'est du pus jaune grisâtre, de consistance médiocre, non sanieux et ne ressemblant que de très loin à l'ichor cancéreux. A travers cette mince couche de pus, le malade a vu apparaître pendant long-temps sur la moitié droite de la langue de petits mamelons entremêlés de taches blanchâtres. En même temps il maigrissait, s'affaiblissait beaucoup et sa peau revêtait la teinte jaune-paille que nous observons à son entrée. Pourtant il a pris son mal en patience, quoique empêché de fumer depuis sept mois jusqu'au moment où il s'est décidé à venir à l'hôpital, effrayé par trois hémorrhagies abondantes qui venaient d'avoir lieu à la surface de la partie lésée.

Ces sept derniers mois ont en effet, à son dire, constitué une période beaucoup plus grave de sa maladie. C'est depuis cette époque que l'ardeur est devenue continuelle, plus vive, s'est étendue à toute la moitié droite de la langue et jointe à des élancemens qui s'irradiaient de là dans tout le plancher de la bouche, que le raccornissement de l'organe et l'engorgement ganglionnaire voisin ont fait les progrès les plus rapides. Un médecin consulté dernièrement a conseillé des frictions résolutives sur les tumeurs ganglionnaires et des lotions alcalines dans l'intérieur de la bouche. Les lèvres sont restées parfaitement saines, quoique depuis plus d'un an déjà le malade laisse couler sur elles une salive épaisse et plus ou moins irritante. Enfin, cet homme dont les ressources sont épuisées, a souffert dans ces derniers temps des privations dont il avait été exempt jusqu'alors.

État du malade à son entrée. : Le malade est très maigre, très affaibli et présente la teinte jaune paille qu'offre la peau dans les affections cancéreuses. Pourtant il ne porte nulle trace de maladie organique ailleurs que dans la langue et ses dépendances. Il y a un engorgement assez consiérable à droite, moins marqué à gauche des ganglions sous-maxillaires, engorgement médiocrement dur et douloureux. A l'ouverture de la bouche, qui n'est que peu empêchée, on constate que les dents supérieures sont presque toutes tombées, que les inférieures encore toutes en place sont à peu près saines, d'une substance sale et brune, mais ne présentant aucune excavation et par suite aucune saillie qui ait pu blesser et irriter la langue. Pareille disposition n'a pas non plus, au dire du malade, pu être dans le temps à la mâchoire supérieure la cause de la lésion actuelle. La langue, généralement moins volumineuse que d'habitude, est peu déformée vers sa pointe qui est seulement retenue de plus près contre le plancher de la bouche ; mais en arrière, elle l'est considérablement et dans sa presque totalité. Une large et longue dépression occupe presque toute sa moitié droite, limitée assez régulièrement en dedans par la ligne médiane se terminant en avant insensiblement et plongeant en arrière vers le pharynx. Des anfractuosités secondaires circonscrivant d'innombrables petits mamelons recouvrent

cette dépression principale. Le côté gauche de la langue, au contraire, a la forme d'un cône antéro-postérieur à base dirigée en arrière, arrondi à sa face supérieure au lieu d'être plan comme à l'état normal ou déprimé comme de l'autre côté; il présente une surface inégale due à des mamelons rougeâtres, grisâtres ou blanchâtres plus volumineux que ceux de droite, mais différant moins en apparence du tissu normal. Quant au bord de la langue, à droite et en arrière il est détruit; à droite et en avant : épais, inégal, couvert d'apparences de végétations qui ne sont que la surface de la langue moins rétractée dans les intervalles qui séparent des sillons où elle l'est davantage. Deux ou trois mamelons seulement paraissent prêts à laisser couler du sang. De petites crêtes blanchâtres et de toutes petites granulations blanchâtres également, se voient ça et là sur les saillies qui viennent d'être décrites. La face inférieure n'existe plus, elle se confond avec le plancher de la bouche largement induré, surtout à droite. La couleur de l'organe est d'nn gris rougeâtre par semé de lignes brunes dues en grande partie à la stase des alimens dans les sillons anormaux. Son tissu est fortement froncé, rétracté vers la portion moyenne de sa base, comme si le derme pincé en ce point par sa face profonde avait été déprimé. Les crêtes et champignons carcinomateux forment deux lignes courbes qui circonscrivent cette vaste dépression. La luette, très petite mais saine, n'est presque pas déviée. Le pilier gauche du voile du palais est sain, le droit est rétracté, déformé et présente un tubercule blanchâtre, saillant vers sa partie moyenne dans l'isthme du gosier. Cet orifice déformé est proportionnellement plus haut et moins large que d'habitude, plus haut à gauche qu'à droite à cause de la rétraction du pilier droit. Enfin, la langue paraît flétrie ; elle semble contenir peu de sang et n'avoir pas de tendance à en laisser échapper de sitôt.— Il est impossible d'examiner convenablement l'orifice des conduits de Warthon.

Les troubles fonctionnels sont les suivans : l'articulation des sons est extrêmement gênée, si bien que l'on comprend fort difficilement ce que dit le malade. Il rejette à chaque instant et à grand'peine une salive épaisse, peu spumeuse, surtout quand on le fait parler. Une salive visqueuse, sale, remplit de même la bouche, et la langue est recouverte de mucosités sales et visqueuses, mêlées à des débrits d'alimens retenus dans une foule de sillons accidentels. La déglutition est plus facile pour les liquides et les alimens mous, que pour les substances solides, sans être absolument impossible pour ces dernières. Elle est peu douloureuse, mais se fait fort lentement; on voit que les alimens, une fois introduits dans la bouche, ne sont que très péniblement portés vers le pharyux, ce qui s'explique par l'état de la langue et de l'isthme du gosier. Il n'y a ni mauvaise saveur dans la bouche ni mouvemens de déglutition habituels. En revanche, il existe de la céphalalgie et de l'inappétence, plus, de la constipation depuis

quelques mois. La surface malade est très peu sensible au toucher. Il n'y a pas de douleurs filiformes remontant vers la base du crâne, mais des irradations névralgiques vers la région sous-maxillaire, surtout à droite. Dans l'intérieur même de la langue, se fait sentir une douleur assez vive consistant non en élancemens (du moins ils sont rares), mais en une sensation de brûlure qui n'augmente sensiblement ni par le mauvais temps, ni par la mastication. En somme, le phénomène symptômatique dominant est l'extrême difficulté de l'expuition. Les digestions sont meilleures qu'on ne le croirait d'abord.

Au toucher, la surface de la langue est dure, rugueuse, inégale. Le goût n'est pas perverti, et la saveur des alimens semble être aussi vive qu'autrefois; il est vrai que le malade mange presqu'exclusivement du côté gauche où la langue n'est que peu altérée. En plaçant un peu de ses alimens sur le côté gauche seulement, puis sur le côté droit on voit que le malade perçoit une saveur plus forte à gauche. La portion de l'organe restée saine en avant et à droite est peu sensible.

Pendant le séjour du malade ici, on lui donne des alimens liquides et des gargarismes laudanisés. Les douleurs sont peu vives. Aucune hémorrhagie ne réapparaît. Quoiqu'il y ait de la constipation et dans la langue quelques douleurs, son état est supportable. Mais comme la disposition de la lésion qui paraît d'ailleurs marcher très lentement ne permettait pas de songer à une opération, on ne se proposait de garder cet homme quelque temps que pour pouvoir l'observer, et en considération de son manque de ressources.

Mais les ganglions cervicaux et sous-maxillaires se tuméfièrent davantage, et le gonflement s'étendit assez rapidement à toute la région; la fluctuation y devint bientôt manifeste. Cependant l'état général était d'aillenrs assez satisfaisant, lorsqu'un accident formidable se déclara tout-à-coup. Le malade fut pris la veille de sa mort, dans l'après-midi, par un temps de brouillard, d'une suffocation subite avec sifflement dans la gorge. Ce sifflement était si intense qu'on l'entendait d'un bout de la salle à l'autre. L'anxiété était extrême, la face injectée, violacée, la bouche ouverte, les narines dilatées, les yeux hagards, injectés. Après l'administration d'une potion excitante et l'application de sinapismes aux pieds, la dyspnée sembla diminuer; mais bientôt tous les symptômes s'aggravèrent. Par momens, le malade s'agitait convulsivement sur son lit. Le plus souvent, il restait assis, les bras raidis en avant et portant, par intervalles, la main à sa gorge comme pour en arracher ce qui l'étouffait. En quelques heures, la teinte violette des tégumens et de la face en particulier s'accroît encore, la peau devient froide, les membres thoraciques commencent à se fatiguer de leurs efforts convulsifs, et après une dernière inspiration très sifflante, le malade rend le dernier soupir; il était neuf heures du matin. Il avait proféré des paroles jusqu'à la fin.

J'ajouterai à ce tableau un dernier trait qui put mettre sur la voie de la lésion subite qui entravait la respiration : c'était l'œdème considérable de la face, notamment de la joue gauche, et celui très prononcé de la luette.

A la visite, le malade me parut agonisant et impossible à sauver, à ce point que je ne voulus pas entreprendre l'opération de la trachéotomie sans avoir l'avis de mon savant maître, M. Velpeau; au moment où nous en conférions ensemble, ce malheureux expira.

L'*autopsie* est faite le surlendemain, 24 heures après la mort, par un temps de brouillard. La langue, qui offre à peine le volume de celle d'un nouveau-né, est creusée à sa face dorsale, du côté droit à sa racine par l'ulcération cancéreuse que nous avons décrite. Cette excavation qui logerait une amande est inégale, dure, rugueuse. Elle s'étend au pilier correspondant du voile du palais. La langue atrophiée, d'ailleurs sans déformation, est immobile et semble faire partie du plancher de la bouche. Au niveau et autour de l'ulcère, elle crie sous le scalpel, est d'un tissu grisâtre dont l'aspect musculaire a presque totalement disparu, et d'où la pression fait suinter quelques gouttes d'un suc blanchâtre. C'est la dégénérescence squirrheuse pure avec quelques traînées brunes et comme mélaniques. Loin de l'ulcération, la langue est encore plus dure qu'à l'état normal, son tissu charnu est moins rouge. Le plancher de la bouche est également induré dans ses muscles qui sont comme rétractés ; le tissu cellulaire intermédiaire offre çà et là de l'infiltration.

La cause immédiate de la mort siégeait plus profondément. Un œdème énorme boursoufflait tous les replis du larynx et du pharynx. Le centre de l'infiltration occupait l'orifice supérieur du larynx ; elle allait en diminuant au-dessus et au-dessous.

Ainsi étaient infiltrés : les replis aryténo-épiglottiques, l'intérieur du larynx et les cordes vocales ; les replis glosso-épiglottiques, le voile du palais, ses piliers et la luette. Cette infiltration s'arrêtait en bas à l'origine de l'œsophage; à peu près égale des deux côtés, elle donnait à la muqueuse de l'arrière-bouche et du pharynx une teinte blanc-jaunâtre uniforme ; plus aucune trace de rougeur ou même de teinte rosée qui conservât au tissu quelque apparence de sa nature si vasculaire. Une fente étroite se voyait encore au niveau de la glotte, mais l'orifice supérieur du larynx était entièrement oblitéré par les ligamens aryténo-épiglottiques, l'un et l'autre détendus au point d'avoir acquis le volume du doigt. La muqueuse dans toute la gorge présentait, outre la décoloration indiquée, une tension et un aspect lisse et luisant, marqué surtout au niveau des replis muqueux de la région. La portion libre de l'épiglotte avait échappé à l'infiltration; elle ne présentait rien d'anormal. Chacun des replis aryténo-épiglottiques et les bords muqueux des cartilages arithenoïdes, surtout le droit, pouvait être légèrement soulevé, mais il retombait aussitôt comme un lourd opercule à côté de son

congénère, de sorte que pendant l'inspiration, l'air devait bien, comme on le dit généralement, tendre à obturer cet orifice plutôt qu'à le rendre libre, et produire le sifflement observé. La coupe de ces replis (qui furent seuls incisés), présente un aspect gris-jaunâtre, parfaitement lisse, brillante comme de la celle de poisson ; une matière gélatiniforme concrète distend le tissu cellulaire sous-muqueux dont elle laisse apercevoir les mailles tiraillées, à travers sa transparence presque complète. Rien ne s'écoule spontanément de la coupe même au bout d'un instant ; bien plus, si on presse fortement ces replis entre deux doigts ou le mors de la pince, en les promenant dans la direction de la coupe, rien ne transsude par cette dernière, ce qui démontre combien cette lymphe concrète gélatiniforme adhère entièrement au tissu cellulaire intermédiaire aux deux feuillets muqueux, réduits l'un et l'autre à une minceur extrême. — Il y avait de l'infiltration aux membres et à la partie postérieure du tronc.

Les poumons étaient œdémateux en arrière, le cœur sain. — Les ganglions sous-maxillaires étaient le siége d'une suppuration comme scrofuleuse. — Le pus était grumeleux et en grande partie séreux. Ce liquide formait des collections assez considérables dans l'intérieur et autour de toutes les glandes sous-maxilaires et cervicales. Ces glandes n'offraient d'ailleurs rien de manifestement cancéreux. Nous ne devons pas oublier qu'au moment où la pièce anatomique était soumise à la Société de chirurgie, on trouva, sur l'indication de M. Vidal (de Cassis), un abcès à la face antérieure de la base de l'épiglotte.

L'interne, qui devait terminer l'autopsie, a omis d'indiquer l'état des visères, excepté pour le cœur qui était sain.

Cette observation me paraît intéressante surtout :

1° Par l'atrophie si remarquable de la langue, et, si je ne m'abuse, c'est l'unique exemple de cancer atrophique de la langue ;

2° Par l'impossibilité de l'expuition, ce qui faisait le tourment du malade ;

3° Par le genre de mort : asphyxie par œdème de la glotte. — OEdème résultant évidemment de la suppuration générale des ganglions sous-maxillaires et cervicaux ;

4° Par la manière dont l'œdème de la luette a annoncé la nature de la lésion qui causait la dyspnée.

Ce cancer me paraît inopérable, à cause du siége profond du mal, de l'affection des glandes voisines, de l'infection cancéreuse, et enfin de la marche lente du mal jusqu'à l'accident subit qui vint y mettre fin.

Tumeurs formées par des corps étrangers.

On a vu des corps étrangers former tumeur dans la langue. Boyer en a consigné un article remarquable dans son *Traité des maladies chirurgicales* (1).

Observation n° 72.

Un homme qui avait servi dans les armées de France, fut reçu à l'hôpital de la Charité pour une tumeur très dure qui occupait la partie latérale droite de la langue dont elle gênait beaucoup les mouvemens. En questionnant cet homme, j'appris que quatre ans auparavant il avait été blessé par une balle de fusil qui avait pénétré dans la bouche en brisant la dent canine et la petite molaire ; qu'il était survenu un gonflement considérable de la langue et des autres parties de la bouche; que ce gonflement fut combattu par la saignée, la diète, les boissons rafraîchssantes et les gargarismes; qu'après sa disparition, quoiqu'il restât une tumeur dure sur le côté de la langue, on crut que le malade était guéri. Il quitta l'hôpital, et bientôt après le service pour retourner chez lui. En examinant attentivement le bord droit de la langue, j'aperçus sur sa partie moyenne un orifice fistuleux. Un stylet introduit dans cette ouverture pénétra jusqu'à un corps dur que je pensai être une balle. Je fis sur le bord de la langue une incision longitudinale par laquelle je retirai la balle dont la forme avait été altérée par la résistance des dents qu'elle avait brisée. La plaie fut guérie en peu de jours et la langue reprit bientôt son état naturel et le libre exercice de ses fonctions.

M. Velpeau (1) a eu récemment l'occasion d'observer un fait semblable.

N° 73. — *Observation de M. Velpeau.*—(*Gaz. des hôpit.*, 1845, page 209).

Pierre Coulon, peintre, âgé de 27 ans, ayant servi en Afrique, est entré à la Charité,

(1) Boyer, t. VI, p. 376.

(1) *Gaz. des hôp.* 1845, page 209.

le 16 avril, se plaignant d'une douleur au côté droit de la langue, occasionnée par un ulcère qui n'avait pas cessé de suppurer depuis une opération subie en Afrique, à la suite d'un coup de feu reçu au niveau du bord supérieur droit du maxillaire inférieur.

Cet homme, qui a perdu trois dents de ce côté, affirme qu'une portion de ces dents a été extraite de la langue dans le point où l'ulcère existe aujourd'hui et que maintenant encore il reste soit une dent, soit une balle, profondément engagée dans le tissu de la langue et que déjà, depuis son retour en France, on a essayé, mais vainement, d'en faire l'extraction.

En saisissant la langue entre deux doigts, on sent, en effet, un corps étranger très résistant qui n'est point arrondi comme une balle, mais qui présente, au contraire, de nombreuses rugosités. Sur le côté de la langue, existe un trou ulcéré sanieux entouré de tissu lardacé.

M. Velpeau pense que ce corps est plutôt une balle qu'une dent, et il se propose de l'extraire de la manière suivante : agrandissant l'ouverture à l'aide du bistouri dans plusieurs points différents, quand le corps étranger est senti à nu, il le saisit à l'aide de fortes pinces et cherche à l'ébranler en divers sens. Après quelques tractions assez fortes, le corps est amené à l'extérieur. C'est, en effet, une balle de calibre ayant presque perdu sa forme et comme sculptée sur toutes ses faces. Il y avait plusieurs mois que le malade la portait complétement entourée par le tissu de la langue.

Ces deux observations intéressantes nous montrent que des corps étrangers métalliques peuvent rester enclavés dans l'épaisseur de la langue pendant un temps assez considérable.

Ils s'y présentent sous la forme de tumeurs dures circonscrites, peu sensibles à la pression. Dans un point peu éloigné de la tumeur existe une fistule qui communique avec le corps étranger, et à travers laquelle on peut le sentir à l'aide d'un stylet fin.

Cette tumeur s'est développée dans des circonstances spéciales, à la suite d'une blessure par armes à feu ou autres analogues.

A l'aide de ces données, il est facile de reconnaître la nature de la maladie. Cependant si l'on n'était prévenu, l'on pourrait croire à l'existence de quelque nodus syphilitique.

Le traitement de cette tumeur est des plus simples. Il n'y a qu'une

indication, c'est de les extraire, et pour cela une simple incision suffit.

Tumeurs par vices de conformation.

On a quelquefois observé la bifurcation congénitale de la langue. Ce vice de conformation que je me contente de signaler, n'a jamais, que je sache, exigé de traitement chirurgical.

EXPLICATIONS DES PLANCHES :

Fig. n. 1, 2 et 4, représentent le sujet de l'observation n. 31, vu de côté, de face et après l'opération.
Fig. n. 3. Sujet de l'observation n. 28. vu de côté.
Fig. n. 5 et 6. Snjet de l'observation 33, vu de face et de côte.

Paris. — Imprimé chez Paul Renouard, rue Garancière, n. 5.

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE M. MAISONNEUVE.

Ire PARTIE. — Concours.

1° En 1826, à l'École de Nantes, concours pour les prix de la première année. 1er prix.

2° En 1827, à l'École de Nantes, concours pour les prix de la deuxième année. 1er prix.

3° En 1828, à l'École de Nantes, concours pour la place d'expectant. Reçu le 1er.

4° Dans la même année, à l'École de Nantes, concours pour la place d'externe. Reçu le 1er.

5° En 1829, à l'École de Nantes, concours pour l'internat. Reçu le 1er.

6° En 1830, concours pour l'externat dans les Hôpitaux de Paris. Reçu dans la 1re série.

7° En 1831, concours pour le titre d'élève de l'École pratique. Reçu.

8° En 1831, concours pour la place d'interne dans les Hôpitaux de Paris. Reçu dans la 1re série.

9° En 1831, concours pour les prix des élèves externes. 1er prix.

10° En 1833, concours pour les prix des élèves internes 1re et 2e années. 2e prix.

11° En 1833, concours pour les prix de l'École pratique. 2e grand prix.

12° En 1834, concours pour la place d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine.

13° En 1834, concours pour la place de prosecteur à l'École anatomique des Hôpitaux. Reçu à l'unanimité.

14° En 1836, concours pour la place de chirurgien du Bureau-Central des Hôpitaux de Paris (une seule place vacante).

15° En 1837, concours pour la place de chirurgien du Bureau-Central des Hôpitaux de Paris (une seule place vacante). 1 voix.

16° En 1838, concours pour l'agrégation, section de chirurgie à la Faculté de Paris. 4 places. 3 voix.

17° Concours pour la place de chirurgien du Bureau-Central des Hôpitaux de Paris (une seule place vacante). 2 voix.

18° En 1842, concours pour trois places de chirurgien du Bureau-Central des Hôpitaux de Paris. Reçu le second.

19° En 1844, concours pour quatre places d'agrégés en chirurgie à la Faculté de Paris.

20° En 1847, concours pour une place de professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris. Pendant.

IIe PARTIE. — Enseignement.

1° En 1832, enseignement particulier d'anatomie et de médecine opératoire à l'École pratique.

2° En 1833, enseignement particulier d'anatomie et de médecine opératoire à l'Ecole pratique.

3° En 1834, enseignement public d'anatomie à l'École anatomique des hôpitaux (Suppléance de M. Serres).

Enseignement particulier d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire.

4° De 1835 à 1847 inclusivement, cours publics de médecine opératoire.

IIIe PARTIE. — Pratique.

De 1826 à 1830, service d'externe et d'interne dans les hôpitaux de Nantes.

De 1830 à 1836, service d'externe et d'interne dans les hôpitaux de Paris : Hôtel-Dieu, Salpétrière, Pitié.

De 1841 jusqu'à 1843, service du Bureau-Central des hôpitaux de Paris.

Suppléance des chefs du service chirurgical :

à l'Hôtel-Dieu.	à Beaujon.
à la Charité.	à la Pitié.
à Saint-Louis.	à Saint-Antoine.

De 1843 jusqu'à ce jour, service de chirurgien en chef à l'hospice de Bicêtre.

IVe PARTIE. — Mémoires et travaux originaux.

1° Mémoire sur la ménorrhagie (*Journal de thérapeutique,* 1833). En collaboration de M. Trousseau.

Dans ce travail qui a pour base de nombreuses observations, on établit la puissance du seigle ergoté à haute dose pour arrêter les hémorrhagies utérines, autres que les hémorrhagies tociques.

2° Mémoire sur la fracture du péroné (*Archives,* 1840, 1er vol., p. 165, 483). Ce travail basé sur des observations et de nombreuses expériences, a pour but d'établir d'une manière précise les divers mécanismes et les diverses variétés de cette fracture, de tracer l'histoire et le traitement spécial de chacune de ces variétés.

Ce mémoire est devenu classique ; les doctrines qu'il renferme ont été adoptées par tous les auteurs qui ont écrit depuis sa publication.

3° Mémoire sur les calculs biliaires (*Bulletin de la Société anatomique,* 1834, p. 94). Dans ce travail sont rassemblés plusieurs cas de perforation de la vésicule biliaire et de l'intestin, et d'évacuation spontanée de calculs biliaires.

4° Mémoire sur la luxation des deux premières pièces du sternum (*Archives,* 1842, 2e vol., p. 249).

Dans ce travail, j'ai tracé d'après des faits qui me sont propres et d'après des expériences et des dissections que j'ai faites, l'histoire complète de cette affection qui n'était point connue dans la science. Tous les auteurs classiques ont adopté sans réserve les conclusions de ce travail.

5° Mémoire sur le *Dragonneau* (*Archives,* 1844, t. III, 472).

Ce travail, entrepris à l'occasion de dragonneaux que j'ai extraits moi-même et que j'ai montrés vivans à la Société de chirurgie, contient plusieurs idées toutes nouvelles sur le mode de génération de cet entozoaire.

C'était la première fois qu'on l'observait en France.

6° Mémoire sur l'entérotomie de l'intestin grêle (*Archives,* 1844, 3e volume, 174, et 1845, 1er volume, 448).

Ce Mémoire, basé sur une observation qui m'est propre, a pour but de démontrer la possibilité de remédier, par l'établissement d'un anus artificiel aux dépens de l'intestin grêle, aux obstructions diverses de cet intestin, maladies considérées jusqu'à présent comme incurables, et contre lesquelles on ne possédait d'autre ressource que la gastrotomie.

7° Mémoire sur l'anastomose intestinale.

Ce mémoire, présenté à l'Académie des sciences, en 1844, établit par des expériences nombreuses faites sur des animaux vivans et par des recherches faites sur le cadavre, la possibilité d'anastomoser une anse de l'intestin grêle avec le cœcum dans le but de remédier aux accidens qui résultent de l'obstruction de l'intestin grêle.

Cette opération aurait pour but de suppléer l'établissement de l'anus contre nature dans les cas d'obstruction de l'intestin grêle.

8° Mémoire sur la luxation médio-carpienne.

Dans ce travail, présenté à la Société de chirurgie, je fais connaître une nouvelle variété de luxation du poignet, que j'appelle luxation médio-carpienne, et dont j'ai présenté un exemple recueilli par moi sur un malade qui a succombé quelques jours après l'accident.

9° Thèse sur le périoste et ses maladies (Concours de l'agrégation en 1839).

10° Thèse sur la coxalgie (Concours de l'agrégation en 1844).

11° Articles divers dans le *Dictionnaire des études médicales*.

Ve PARTIE. — Opérations nouvelles ou insolites.

1° Opération d'entérotomie de l'intestin grêle ayant pour but d'établir un anus contre nature aux dépens de l'intestin grêle dans un cas de rétrécissement de cet intestin.

L'opération a pleinement réussi (*Archives*, 1844, 3e vol. 174); elle n'avait encore été pratiquée qu'une seule fois auparavant, et son auteur avait été pour ce fait honoré d'une médaille d'or par l'Académie de chirurgie.

2° Extraction d'un dragonneau (*Archives*, 1844, 3e vol. 472).

Cette opération, qui a parfaitement réussi, n'avait point encore été pratiquée en France.

3° Occlusion des paupières pour remédier à la difformité et aux

accidens inflammatoires qui résultaient d'un renversement complet des deux paupières.

Cette opération, qui a pleinement réussi, n'avait encore jamais été pratiquée. Ce malade a été présenté à l'Académie et à la Société de chirurgie en 1846.

4° Section du col du fémur pour remédier à une ankylose angulaire de l'articulation coxo-fémorale.

Cette opération, qui n'avait point encore été pratiquée en Europe, et deux fois seulement en Amérique, a pleinement réussi.

Le malade a été présenté à l'Académie en 1847.

5° Taille par le rectum sans division du sphincter de l'anus, et par le procédé bilatéral.

Cette opération nouvelle, et qui constitue une méthode distincte à laquelle je donne le nom de *méthode rectale* (celle de Samson n'étant en réalité qu'une méthode recto-périnéale), a été suivie d'un plein succès chez un malade que j'ai présenté à l'Académie de médecine le huitième jour de l'opération.

6° Restauration de la luette après ou pendant l'opération de la staphyloraphie.

Cette opération, qui n'avait jamais été tentée avant moi, a parfaitement réussi chez un malade que j'ai présenté à la Société de chirurgie, en 1847.

7 Staphyloraphie chez l'enfant nouveau-né.

Cette opération, qui n'avait jamais été tentée avant moi, a été pratiquée depuis par Bérard.

Je n'ai point encore obtenu de guérison complète, mais tout me porte à croire qu'elle réussira.

Je ne l'ai exécutée que deux fois et dans d'assez mauvaises conditions.

8° Ligature des polypes des fosses nasales par un procédé nouveau, qui consiste à saisir le polype dans une anse de fil portée d'avant en arrière par la narine, et à opérer la constriction dans l'intérieur de la bouche.

Ce moyen m'a réussi dans un cas où tout autre procédé avait échoué entre les mains de chirurgiens habiles.

9 Anastomose intestinale.

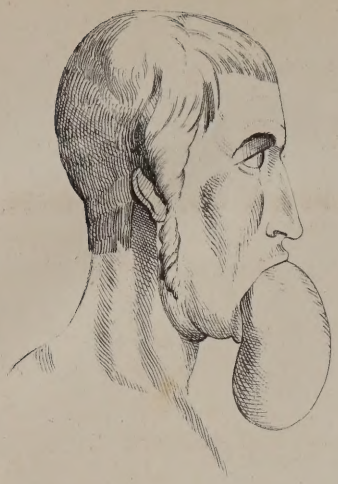
Cette opération, qui consiste à anastomoser l'intestin grêle avec le cœcum pour remédier à l'obstruction intestinale, a été proposée par moi pour remplacer l'opération de l'anus artificiel pratiquée sur l'intestin grêle.

Cette opération, qui n'a encore été pratiquée que sur des animaux, me paraît avoir de l'avenir. Elle m'a valu, de la part de l'Académie des sciences, un encouragement.

10° Cathétérisme à l'aide de bougies conductrices dans les cas de rétention d'urine par hypertrophie de la prostrate.

Ce procédé m'a constamment réussi, et depuis lors, c'est-à-dire depuis quatre ans, il n'y a pas eu d'exemples de fausses routes produites par le cathétérisme ni par moi, ni par mes élèves à Bicêtre, où cet accident était autrefois si fréquent.

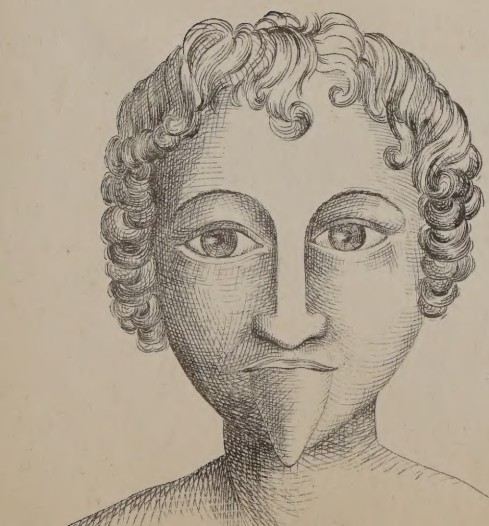
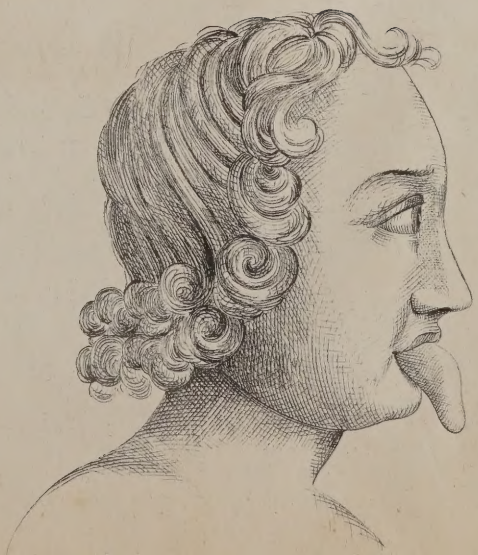
IMPRIMÉ CHEZ PAUL RENOUARD,
RUE GARANCIÈRE, N. 5.



3.

4.

5.



6.